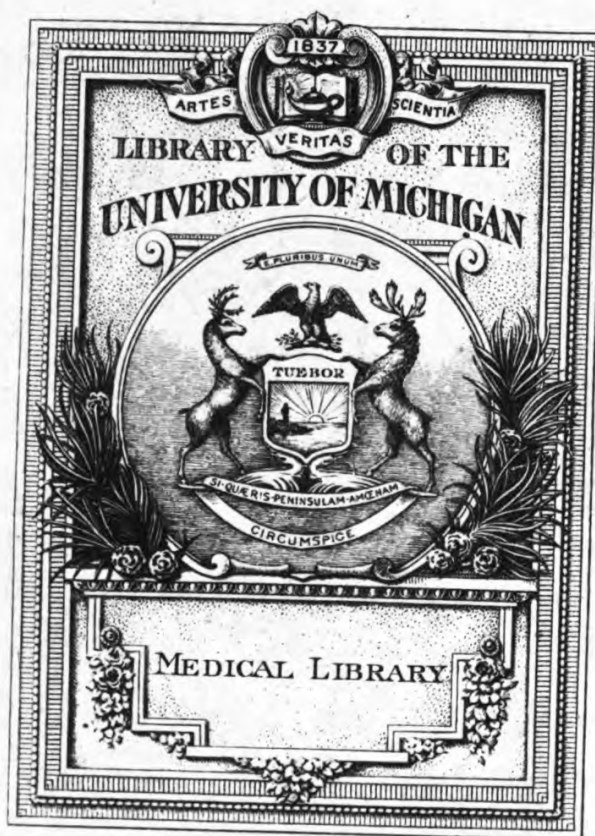
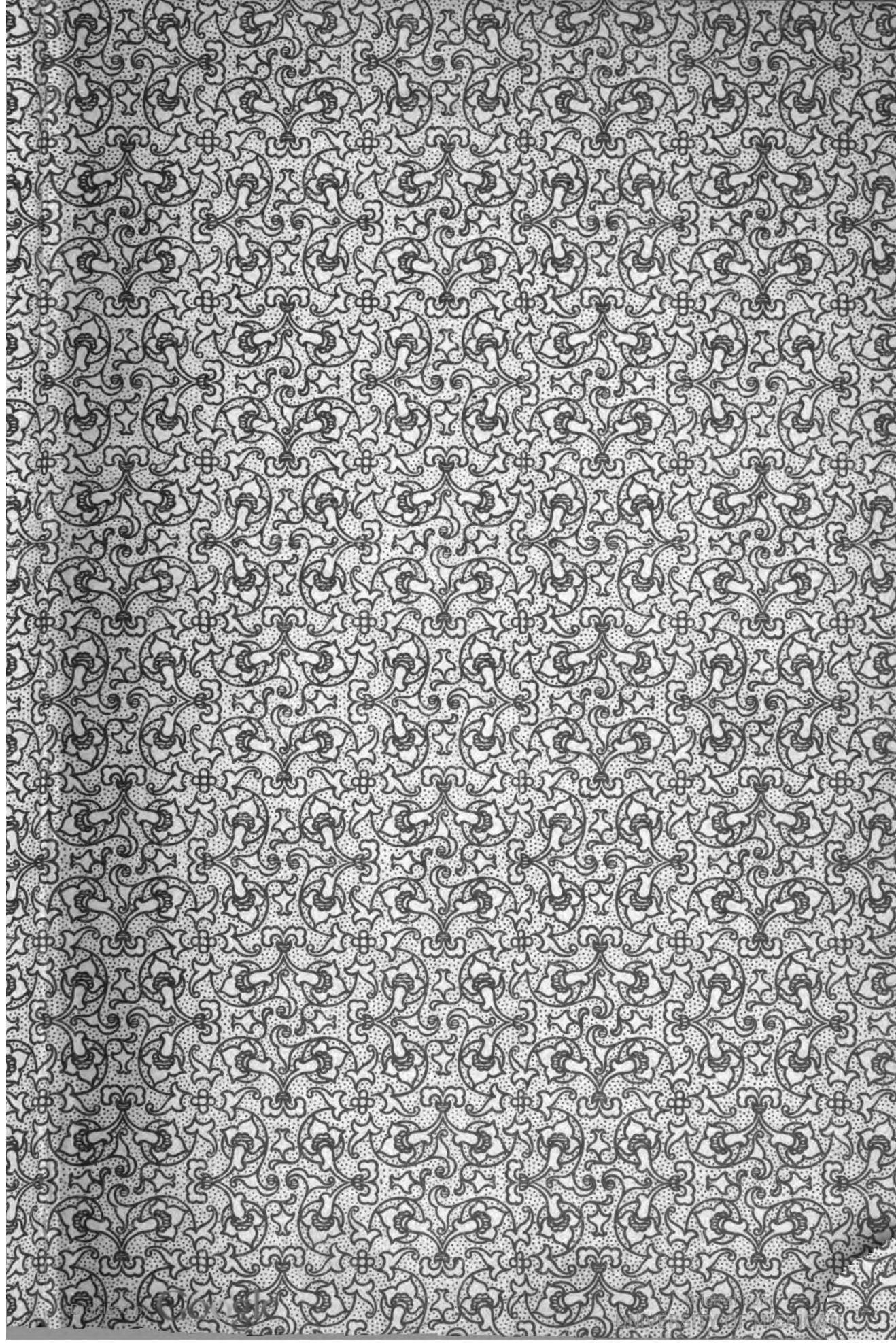




*Excerpta medica*  
*1901/1902.*











610.5  
E 95

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Elfter Jahrgang 1901/1902.



CARL SALLMANN IN LEIPZIG

1902.





Medical  
Müller

1-29-27

13902

## Verzeichniss der Stich- und Schlagworte.\*)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Agrypnie 5.  | Diphtherie 5, 12.                    |
| Akne 7.  | Dysenterie 4.                        |
| Aktinomykosis 7, 9.  |                                      |
| Alkoholismus 10.   | Ekzem 1, 4.                          |
| Alopecia 4.  | Endocarditis 7.                      |
| Anaemie, Chlorose 1.   | Ephelides 9.                         |
| Anaesthesie, Narkose 2, 4, 6,<br>10, 12.                     | Epididymitis 7.                      |
| Angina 12.   | Epilepsie 3, 6, 7, 11.               |
| Antisepsis, Asepsis, Des-<br>infection 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10. | Erysipel 2, 5, 6, 9.                 |
| Arthritis urica 3, 12.                                       |                                      |
| Arznei-Exantheme 5.  | Fissura ani 7.                       |
| Augenentzündungen 5, 8, 10,<br>11, 12.                       | Fracturen und Luxationen 1,<br>3, 9. |
|  | Fremdkörper 6, 10.                   |
| Blutungen 1, 2, 5, 7, 8, 11, 12.                             | Furunkel 4, 8, 11.                   |
| Bronchitis 2, 7.   |                                      |
| Cataracta 3.   | Gastrektasie 7.                      |
| Cholelithiasis 9, 12.  | Glaukom 3.                           |
| Chorea 6, 8.   | Gonorrhoe 2, 3, 6, 8, 10,<br>11, 12. |
| Combustio 6.   |                                      |
| Congelatio 6.  | Haemorrhoiden 7, 11.                 |
|  | Helminthiasis 4.                     |
| Diabetes 3, 6, 12.   | Hemicranie 12.                       |
| Dermatitis 8.  | Herpes 10.                           |
|  | Hyperidrosis 4, 8.                   |
|  | Hysterie 4, 6, 8, 11.                |

\*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei allen  
übrigen Registern die Seiten.

#### IV

**Ichthyosis** 5.

**Ileus** 2.

**Impetigo** 8.

**Impotentia** 7, 11.

**Intoxicationen** 1, 2, 3, 4, 6,  
8, 10, 12.

**Lupus** 1, 9.

**Magen- und Darmkatarrhe** 1, 6.

**Menière'sche Krankheit** 7.

**Meningitis** 4.

**Menstruationsstörungen** 5.

**Milzbrand** 3.

**Morbilli** 5.

**Morbus Basedowii** 1, 11.

**Neuralgieen** 6.

**Neurosen** 2.

**Obstipatio** 4, 5, 11.

**Osteomalacie** 9.

**Paralysen** 5, 8.

**Parotitis** 3.

**Perniones** 3.

**Pleuritis** 3.

**Pneumonie** 3, 4.

**Pruritus** 5, 9.

**Psoriasis** 9.

**Rhachitis** 12.

**Rheumatismen** 2, 8, 11.

**Rhinitis** 4, 6, 11.

**Scarlatina** 1, 10.

**Schwangerschaft,**      **Geburt,**  
    **Wochenbett** 1, 2, 3, 6,  
    8, 9.

**Seekrankheit** 3, 12.

**Sepsis** 6, 11.

**Sklerose, multiple** 7.

**Struma** 7, 12.

**Syphilis** 1, 3, 5, 7, 9.

**Tabes** 6, 7.

**Tetanus** 1.

**Tuberculose** 1, 3, 4, 5, 6, 7,  
    8, 9, 10, 11, 12.

**Tumoren** 2, 5, 8, 12.

**Tylosis** 12.

**Typhus** 7, 11.

**Ulcus cruris** 1, 8.

— **molle** 2, 12.

— **ventriculi** 11.

**Vaginismus** 1.

**Varicen** 2, 8.

**Vitia cordis** 5.



# Inhalts-Verzeichniss.

## A.

Abort, Jodkali-Eisen gegen 361.

Abscesse, Chinosol 10, Vioform 98, Itrol 130, Jodyloform 566; retropharyngeale 377.

Accommodationslähmung durch schlechte Eier 359.

Acetopyrin, Anwendung 141.

Acid. boric. zur Inhalation 40, bei Furunkel 156.

— camphoric. als Harnantisepticum 443.

— carbolic. als Anaestheticum fürs Ohr 242, 243, bei Haemorrhoiden 500.

— lactic. bei Kehlkopftuberculose 422.

— salicyl. bei Ulcus molle 89, Furunkel 156, Aktinomykosis 387, Lupus 401, als Harnantisepticum 443.

— tannic. zur Inhalation 40.

Acoin in der zahnärztl. Praxis 241, als Anaestheticum fürs Ohr 242, als Ersatz der Schleich'schen Localanaesthesia 438.

Adrenalin bei Blutungen 486 bis 491.

Aether zur localen Anaesthesia 49, Operiren im Aetherrausch 50.

Aetzmittelträger, neuer 329.

Agrypnie im Kindesalter 193; Valyl 330, Hydrotherapie 194.

Agurin als Diureticum 237, 238, 425, 568, 569.

Akne rosacea, Fanghi di Sclafani 289.

Aktinomykosis, Jodipininjectionen 290; Fall von A. der Haut 385.

Albargin bei Gonorrhoe 495.

Alkohol bei Combustio 245, Dermatitis und Intertrigo 344; zur Desinfection: von Kehlkopfspiegeln 387, der Hände 388; bei Fieber 468.

Alkoholismus, Behandlung des Delirium 433.

Alopecie, neurotische 145; Epicarinspiritus 146.

Alumin. ust. zur Inhalation 40.

Amaurose, hysterische 260.

Amenorrhoe und Glaskörperflocken 211.

Ammon. sulf. zur Desinfection von Kathetern 3.

## VI

Amyloform bei Coryza 271.  
Anaemie, Chlorose. Sanguinal  
1, Fersan 62, Sicco 181,  
Hygiama 429; Erzeugung  
localer A. an den Fingern  
477.

Anaesthesie, Narkose. Locale  
A. durch Kälte 49, mit  
Eucain 146, 147; Acoïn  
in der zahnärztl. Praxis  
241, als Ersatz für  
die Schleich'sche Local-  
anaesthesie 438; Local-  
anaesthesie fürs Ohr 242,  
530; Anaesthesin 438, 440,  
529, 530; Aetherrausch  
50, minimale Narkose 531,  
Chloroformtod 435.

Anaesthesin als Localanaesthe-  
ticum 438, 440.

Anamyl-Brot für Diabetiker  
544.

Aneurysmen, Jodvasogen 379.

Angina Vincenti 534, Be-  
handlung der A. follicularis  
535.

Angiome der Haut bei Carci-  
nom 236, 371, 561.

Anorexia hysterica 354.

Anthraxrobin bei Furunkel 154.

Antisepsis, Asepsis, Desin-  
fection. Sterilisation von  
Kathetern 3, Kehlkopf-  
spiegeln 56, 387, Catgut  
2, 146; Tendozwirn in  
auskochbarer Verpackung  
244, Desinfection der Hände  
3, 55, 388, der Wohnungen  
von Phthisikern 243, des  
Sputums 99, 243, 388, des  
Harns bei Typhus 149,

Harnantiseptica 442; Nach-  
behandlung von Zahnex-  
tractionswunden 57, Eugu-  
form 5, Vioform 97, Ba-  
cillol 98, Lysoform 98, 441,  
Chinin 148, 441, Protar-  
gol 442, Jodylingaze 389  
in der Wundbehandlung.

Antisputol, Spucknapfpulver  
388.

Antithyreoidin bei Morbus  
Basedowii 503, 504.

Apoplexia cerebri, Glaskörper-  
blutung bei 5; Spätapo-  
plexie nach Trauma 201.

Appendicitis und Eingeweide-  
würmer 157.

Argent. colloid. bei Endo-  
carditis 295, Sepsis 380.

— nitric. bei Ophthamo-  
blennorrhoe 338, 339, Im-  
petigo 355; Cholelithiasis  
und Cholangitis 389.

Arthritis gonorrhoeica, Behand-  
lung 257.

— urica. Fisch- oder Fleisch-  
kost? 91, Colchicin 100,  
Urol 101, 536, Aspirin 361;  
Gichtschleimbeutel 536.

Arznei-Exantheme nach Arsen  
197, Bromocoll 198, Tinct.  
Jodi 199, Unguent praec.  
alb. 199.

Ascaris und Appendicitis 157.

Aspirin bei Influenza, Rheuma-  
tismen, 44, 85, 361,  
Diabetes 102, Pleuritis  
121, 183, Augenentzün-  
dungen 199, 537, in der  
Kinderpraxis 183.



Atherome, Vioform 98.  
 Atoxyl bei Psoriasis und  
 Lichen 408.  
 Atropin bei Ileus 78, Blei-  
 kolik 460.  
 Augenentzündungen, Aspirin  
 bei 199, 537, Adrenalin  
 488, Dionin 444; Behand-  
 lung der Conjunctivitis

ekzematosa 481, des  
 Trachoms mit Acoïn 438,  
 Ichthargan 337, 537,  
 Cuprocitrol und Itrol 446,  
 Expression 444, der Oph-  
 thalmoblennorrhoe 337,  
 Erfolge der Credéisirung  
 485; Keratitis durch Er-  
 gotin 484.

## B.

Bacillol als Desinficiens 98.  
 Bakteriurie und Urotropin 326.  
 Balanitis, Sozodolnatrium  
 182, Pasta serosa 327.  
 Balsam. Copaiv. als Harnanti-  
 septicum 443.  
 — peruv. bei Leukoplakie 415.  
 Bartholinitis gonorrhoeica 498.  
 Barlow'sche Krankheit und  
 Haematurie. 539.  
 Basicin bei Neuralgieen 332.  
 Bimssteinalkoholseife in fester  
 Form 55.  
 Bismuth. subnitr. bei Dysen-  
 terie 150.  
 Bismutose bei Magen- u. Darm-  
 affectionen 19, 266, 524.  
 Bleivergiftung bei Gravidität  
 166, aus seltenen Ur-  
 sachen 459, Lähmung 458.  
 Blopharitis, Pasta serosa 327.  
 Blepharospasmus, nasale The-  
 rapie 82.  
 Blitzlicht, Intoxication durch  
 356.  
 Blutungen, Glaskörperblutung  
 bei Apoplexie 5, Spätapo-  
 plexie nach Trauma 201,  
 Tiefathmungen bei B. wäh-  
 rend der Geburt und Nasen-  
 bluten 132; geheilte Hae-  
 maturie 6, 7, bei Barlow's-

scher Krankheit 539, Darm-  
 blutungen bei einem Kinde  
 62, Behandlung der Hae-  
 moptoe 526, mit Fixirung  
 des Thorax 538, Metro-  
 rrhagia praetuberculosa  
 541; Stypticin bei localen  
 B. 339, Gelatineinjectionen  
 8, 62, 203, 292—294, 486,  
 Adrenalin 486—491, Chi-  
 nosol 10, Chinin 148, 441,  
 neues Ergotinpräparat 541;  
 Eumenol 60, Fersan 62;  
 siehe auch „Epistaxis“,  
 „Haematemesis“, „Meno-  
 rrhagien“ etc.  
 Bouilloncapseln, Maggi's 527.  
 Bradycardie, Behandlung 525.  
 Brillenbehandlung bei Entro-  
 pium senile 186.  
 Bromipin bei Diabetes 103.  
 Bromocoll bei Jucken 199,  
 Epilepsie 298; Arznei-  
 exanthem von B. 199; B.  
 solubile 404.  
 Bronchitis, künstliche Ath-  
 mung 63, Dionin 278,  
 426, Kakodylsäure 294,  
 Jodvasogen 379, Pertussin  
 566.  
 Butter, Tuberkelbacillen in  
 230, 231.

# VIII

## C.

- Calomel s. Hydrarg. chlorat.
- Camphor. bei Ulcus cruris 41, 42, Furunkel 156; bei Morphiumentziehung 556; Anwendungsweise des C. 329; Intoxication durch C. 79.
- Cancroin bei Carcinom 89, 370.
- Capsul. gelatinos. statt Suppositorien 183.
- Carbunkel, Therapie 156, 345, 492.
- Carcinome des Uterus 88, 370, der Mamma 89, 232, Leber 370; C. und Lupus 232, C. und Hautangiome 236, 371.
- Cascarin bei Obstipatio 220.
- Castration bei Osteomalacie 402.
- Cataracta, Jod extern 101.
- Catechu als Antidiarrhoicum 21.
- Cerebrin bei Epilepsie 251.
- Chalazium, Jod 526.
- Chinin. hydrochlor. bei Puerperalfieber 25, Milzbrand, 118, als Stypticum und Antisepticum 148, 441.
- Chinolinwismuthrhodanat s. Crurin.
- Chinosol als Stypticum 10.
- Chloroform, minimale Narkose 531, Tod in Narkose 435.
- Chloroxyd, Vergiftung 356.
- Cholangitis, Magenausspülungen mit Höllenstein 389.
- Cholelithiasis, Aphorismen zur Behandlung 393, Aus-
- spülungen des Magens 389, Eunatrol 541.
- Cholera nostras, Bismutose 19, 267.
- Chorea progressiva 341, Fall von Huntington'scher 244, 341.
- Chrysarobin bei Ephelides 396.
- Cocain. mur. in der geburts-hülfl. Praxis 86, bei Vulvitis 497, Glaukom 109, Rhinitis 513, als Anaestheticum fürs Ohr 242, 243.
- Cohabitationsverletzung, Fall 476.
- Colchicin bei Arthritis urica 100.
- Collargol s. Argent. colloid.
- Combustio, Sapolan 185, Xeroform 380, Ichthyol 245, Verband 245, Alkohol 246, Pasta serosa 327.
- Condylomata acuminata, Behandlung 499.
- Congelatio, Behandlung 246.
- Conjunctivitis siehe Augenentzündungen.
- Coxitis gonorrhoea 72.
- Credéisirung Neugeborener 485.
- Creosotal bei Pneumonie 121, 278, Pertussis 122, 278.
- Crurin bei Gonorrhoe 347, Ulcus cruris 372.
- Cuprocitrol bei Trachom 446.
- Cuprum oxyd. nigr. bei Bandwurm 159.
- Cyclitis, Aspirin 200.
- Cystitis 10, 443, 453.

**D.**

Dakryocystoblennorrhoe, Ichthargan 537.

Dammschutz, neue Methode 27.

Delirium tremens, Behandlung 433.

Dermatitis serpiginosa 343,  
D. nach Bromocoll 198;  
Sapolan 11, 183, Pasta  
serosa 327 bei D.

Diabetes insipidus und Syphilis 32.

— mellitus und Lungentuberculose 104, und Lebensversicherung 249; Kurzsichtigkeit bei D. 248; Arzneibehandlung 101, Jodnatrium und Salicylnatrium 249; Brotersatz 543, 544.

Dionin bei Erkrankungen der

Athmungsorgane 278, 426,  
Phthisis 368, Pertussis 44,  
278, Diabetes 103, in der  
Augenpraxis 444, in der  
gynaekologischen 567.

Diphtherie, primäre der Haut  
und Geschlechtstheile 205,  
Herztod 545, Mortalität  
545.

Djamboe als Stomachicum und  
Stypticum 21.

Dormiol bei Agrypnie 194,  
Status epilepticus 491.

Duotal bei Phthise 178, 366.

Dysenterie, Calomeltherapie  
149.

Dysmenorrhoe, Wesen der  
212; Eumenol 60, Dionin  
567.

**E.**

Eisentropon bei Tuberculose  
364.

Ekzem und Conjunctivitis 481;  
Sapolan 10, 11, 183, Theer-  
vasogen 379, Lanoform 152,  
Bromocoll 199, 405, Xero-  
form 380, Anaesthesin 440,  
Pasta serosa 327.

Endocarditis durch plötzliche  
Ueberanstrennung 569; Ar-  
gent. colloid. 295.

Endometritis, Behandlung der  
puerperalen 129, Stypti-  
cin bei Blutungen 61.

Entropium senile, Brillenbe-  
handlung 186.

Ephelides, Behandlung 394.

Epicarín bei Perniones 121,  
Alopecie und Seborrhoe  
146, Herpes tonsurans 453.

Epididymitis, Schmierseife  
420, Jodvasogen 379, Jod  
intern 295.

Epilepsie und Myoclonie 252,  
und Naevus angiomaticus  
296, abortive 296; er-  
haltenes Bewusstsein beim  
Anfall 106; E. durch acute  
Infectionskrankheiten ge-  
heilt 105; Einfluss der  
Nahrung 249—251; Dor-  
miol 491, Cerebrin 251,  
Bromocoll 298, Jodipin bei  
syphilitischer E. 228.

Epistaxis, Chinosol 10, Gela-  
tine 62, Tiefathmungen 132.

Ergotin und Keratitis 484;  
E. bei Struma 558, Puer-  
peralfieber 361; E. Lipsi-  
ense 541.



## X

Erysipelas gangraenosum penis et scroti 207, E. und Menses 206; günstiger Einfluss des E. auf Otitis 253; Behandlung mit Ichthyol 63, 253, 396, Serum 64, 205, Thermophor 207, Rothlicht 397, Firniss 253.  
 Eserin. sulfur. bei Glaukom 109.  
 Eucaïn zur localen Anaesthesie 146, 147.  
 Euguform bei Wunden der Kinder 5.  
 Eumenol bei Menstruationsanomalieen 60.

Facialiskrampf, nasale Therapie 82.  
 Facialisparalyse nach spontaner Geburt 221, bei hereditärer Lues 317; Jodipin 223.  
 Fanghi di Sclafani bei Akne rosacea 289.  
 Febris, Acetopyrin 142, Aspirin 183, Eupyrin 332, Alkohol 468, bei Phthise 177, 178, 322, 324, 468.  
 Fersan bei Anaemie 62.  
 Fingerverletzungen, Behandlung 284.  
 Fissura ani, forcirte Dilatation 298.  
 Fistula ani, Protargol 442.  
 Fleisch und Entstehung der Tuberculose 325.  
 Flimmerscotoïn, Valyl 330.  
 Formalin (Formaldehyd) bei Uteruscarcinom 88.  
 Formalinseife bei Nachtschweissen der Phthisiker 160.

Eunatrol bei Cholelithiasis 542.  
 Eupyrin bei Fieber 332.  
 Exalgin, Vergiftung mit 555.  
 Expressio conjunctivae bei Trachom 444.  
 Extractio dentium, Anaesthesie mit Acoïn 241, Nachbehandlung 57.  
 Extract. Cannab. ind. bei Lupus 401.  
 — Syzyg. jamb. bei Diabetes 101.

## F.

Forman als Schnupfenmittel 176, 514.  
 Fortoin bei Diarrhoe 21.  
 Fracturae ossium. Metatarsalfracturen 11, Rissfractur des Calcaneus 12, isolirte F. des Keilbeins 13; neuere Fortschritte in Behandlung von F. 399, Linoleum als Schienenstoff 106, Tragrahmen für Oberschenkelfracturen kleiner Kinder 398, 399, minimale Narkose bei Radius- u. Knöchelbrüchen 531.  
 Fremdkörper im Auge 447, 488, Nase 449, Respirationstractus 254, Ohr 253.  
 Frühgeburten, Pflege von 93.  
 Furunkel, Vioform 98, Ung. Credé 471, Brooke'sche Paste 572, Jodyloform 566; therap. Details 153, 344; Abortivbehandlung, 492; Orthoform bei F. im Ohr 242.

**G.**

Gähnkampf, nasale Therapie 82.  
 Gallacetophenon bei Psoriasis 264.  
 Gangraen einer Extremität im Puerperium 122, G. u. Erysipel 205, 207.  
 Gastralgie, Dionin 426.  
 Gastrektasie, Olivenöl 299.  
 Gelatine bei Epistaxis u. Haematemesi 62, Melaena neonatorum 486, subcutan injicirt bei Blutungen 8, 292—294; Gefahren der Injection 203.  
 Gingivitis, Jodvasogen 379.  
 Glaskörper, Blutung bei Apoplexie 5, Flocken bei Amenorrhoe 211.  
 Glasmacher, Entwicklung der Armmusculatur der 140.  
 Glaukom u. Kopfschmerzen 553; medicamentöse Behandlung 109, Dionin 444.

Glycerin, Intoxication 78.  
 Glykosurie u. Psoriasis 406.  
 Gonitis, Jodvasogen 379.  
 Gonorrhoe, Prognose der ascendirenden 75; Behandlung der weiblichen 450, 497, 548; Abortivbehandlung 494; Crurin 347, Ichthargan 348, 449, 547, Werth u. Anwendungsweise des Protargol 69, 109, 255, 496, Protargol zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener 69, Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe 337, der Arthritis 257, der Uterusgonorrhoe mit Itrol 113; Vulvovaginitis bei G. 349, Rheumatismus 510, Coxitis 72, Exantheme bei Neugeborenen 65.

Guajacolvasogen bei Pruritus vulvae 404.

**H.**

Haematemesi, Gelatine 62, Fersan 62.  
 Haematogen. sicc. 181.  
 Haematurie bei Barlow'scher Krankheit 539, Heilungen 6, 7.  
 Haemorrhoiden u. Ileus 302, bei einem Kinde 500; Hinterdammschutz 170, Carbolinjectionen 500, Anaesthesie 439.  
 Helminthiasis, Appendicitis durch H. 157, Cupr. oxyd. nigr. bei Bandwurm 159.

Hemicranie, drei seltene Fälle 549, H. u. Augenstörungen 552; Valyl 330, 331.  
 Hemiplegia alternans superior 358.  
 Heroin. mur. bei Phthise 179, 180, Uteruscarcinom 370.  
 Herpes praeputialis, Sozjodolnatrium 182, Sapolan 185, Brooke'sche Paste 572.  
 — tonsurans, Epicarin 453.  
 — zoster, Acetopyrin 142, Sapolan 185.  
 — der Harnröhre 454.

Herzinsuffizienz, acute, als Unfallfolge 571.

Hetol bei Phthise 363, 366, 367.

Hetosanguinal bei Tuberculose 559.

Heufieber, Nieswurzepulver 82.

Hydrarg. bichlorat. bei Lues 34, Milzbrand 117, zur Desinfection bei Phthisikern 243, Intoxication 80.

— bijodat. bei Lues 35.

— chlorat. bei Dysenterie 149, Impetigo 355.

— oxyd. rubr. bei Tylosis 563.

— praec. flav. bei Blepharospasmus 82.

— salicyl. bei Lues 34, 36, 37.

— succinimid. bei Lues 33.

— Vasogen bei Tylosis 563.

Hydrogen. peroxyd. bei Ephe-  
lides 396.

Ichthargan bei Trachom 337,  
537, Gonorrhoe 348, 449,  
547.

Ichthoform bei Tuberculose  
518.

Ichthosot bei Phthise 367.

Ichthyol bei Erysipel 63, 396,  
Milzbrand 117, Combustio  
245, Arthritis gonorrhoeica  
258, Phthise 139, 517.

Ichthyosalicyl als Pil. resor-  
bentes 475.

Ichthyosis, Heilung durch  
Schwefel 210.

Hydropsie des Fötus als Ge-  
burtshinderniss 85.

Hydrotherapie bei Agrypnie  
194, Tabes 277.

Hygiama 186, 429, 477.

Hyperemesis gravidarum, na-  
sale Therapie 82, Jod-  
vasogen 379.

Hyperidrosis, Lysoform, Der-  
mosapol 351, Formalin-  
seife bei Nachtschweissen  
der Phthisiker 160, Tanno-  
form hierbei 159, bei H.  
pedum 351.

Hyperopie u. Kopfschmerzen  
552.

Hysterie der Kinder 501;  
Darmblutungen bei H. 63.  
160—164, Kothbrechen  
160, Anorexie 354, Zungen-  
beschwerden 225, Dys-  
menorrhoe 212, Skoliose  
352, pseudospastische Pa-  
rese 258, Amaurose 260;  
Valyl 330.

## I.

Igazol bei Phthise 138, 368.  
Ileus u. Haemorrhoiden 302;  
Atropin 78.

Impetigo u. Pemphigus bei  
Masern 354; Arg. nitr. 355.

Impftuberculose, Fall 560.

Impotenz, Yohimbin 305, 502,  
569.

Influenza, Aspirin 44, Salo-  
chinin 269.

Intercostalneuralgie s. Neu-  
ralgieen.

Intertrigo, Alkohol 344, An-  
aesthesin 440.

Intoxicationen mit Blei 166, 458, 459, Campher 79, Chloroxyd 356, Exalgin 555, Glycerin 78, Jod 164, Lysol 115, Opium 457, Phosphor 114, 553, 557, Pyrogallol 262, Schwefelkohlenstoff 356, Schweinfurter Grün 15, Sublimat 80, Tollkirschen 262, Zinn 14.

Inversion bei Prolapsus coli 430.

Iritis, Aspirin 199, 200, Dionin 444.

Ischias syphilitica 34; Valyl 330, Basicin 332, Aspirin 85, Salochinin 93, Acetopyrin 142.

Itrol bei Uterusgonorrhoe 113, puerperalen Processen 130, Ophthalmoblennorrhoe 447, Trachom 446, Scharlach 462.

## J.

Jod bei Chalazium 526; Darreichung in Brot 381, Nachweis von J. 377; Intoxication 164.

Jodalbacid bei Syphilis 227.

Jodipin bei Syphilis 226 bis 229, syphil. Nervenaffectionen 228, Tabes 417, Facialisparalyse 223, Aktinomykosis 290.

Jodoform, Inhalation 40, Injectionen bei Struma 313.

Jodolen bei Syphilis 229.

Jodrubidium bei Stauungspapille 562.

Jodvasogen statt Jodkali 182, Erfolge mit 378.

Jodylingaze bei Wunden 389.

Jodyloform bei Ulcus molle 565.

## K.

Kakodylsäure bei Bronchitis 294.

Kal. chloric. Zahnpaste 318.

— jodat. bei Cataracta 101, Chalazium 526, Aktinomykosis 387, Aborten 361; zur Frühdiagnose von Tuberculose 466; Vergleich mit Jodalbacid und Jodipin 226.

Kalk im Auge 447.

Keilkissen, verstellbares 286.

Keratitis nach Ergotin 484; Dionin bei 444.

Kindermehl, Kufeke's 470.

Kolpeurynter bei Vaginismus 42.

Kopfschmerzen und Augenstörungen 552.

Kothbrechen bei Hysterie 160.

Kreosot bei Lupus 401, Meningitis tuberculosa 559.

Kreosotvasogen bei Tuberculose 379.



## L.

Lactation, Neuritis optica bei 414.

Lanoform bei Wundsein der Neugeborenen 152.

Laryngitis, Pertussin 566.

Larynxspiegel, sterilisierbare 56.

Leucoplakia bucco-lingualis, Behandlung 415.

Lichen ruber u. Syphilis 31, Sapolan 184, Bromocoll 404, Atoxyl 410.

Lignosulfit bei Tuberculose 368.

Linoleum als Schienenstoff für Fracturen 107.

Lupus erythem. discoides u. Tuberculose 325.

— vulgaris u. Carcinom 232; Ansteckung durch Ohrzupfen 18; Resorcinpaste 17, Aetzpaste 401.

Luxationen. Einrenkung der vorderen Schulterluxation nach Riedel 400, manuelle Reposition von L. ohne Narkose 400.

Lysoform als Desinficiens 98, 441.

Lysoform-Dermosapol bei Hyperidrosis 351.

Lysol, Intoxication 115.

Lysulfol, Anwendung 282.

## M.

Magen- und Darmkatarrhe. Potio Riveri 19, Bismutose 19, 266, 524, Djamboe 20, Fortoin 21, Diaet bei chron. Diarrhoe 264.

Malaria, Sicco mit Chinin 181.

Mastitis carcinomatosa 235.

Mastoiditis, Ung. Credé 471.

Melaena neonatorum, Gelatine-injectionen 292, 486.

Menière'sche Krankheit, Heilung durch Elektrizität 307.

Meningitis tuberculosa, geheilte 558, u. Genital-tuberculose 38, M. serosa 167, Spätmeningitis nach Schädelverletzung 168.

Menorrhagie, Metrorrhagie. Eumenol 60, Stypticin 61;

Metrorrhagia praetuberculosa 541.

Menstruationsstörungen, Valyl bei 355; Menses u. Erysipel 206, Amenorrhoe u. Glaskörperflocken 211, Wesen der Dysmenorrhoe 212.

Menthol bei Neurosen 81, Vulvitis 497, Rhinitis 270, Ulcera laryngis 530, als Anaestheticum fürs Ohr 242, 243.

Mercurio-Crème zur Schmiercur 415.

Metatarsalgie, Fall von reiner 267.

Methylenblau als Harnantisepticum 443.

Milzbrand, Sublimatverbände  
u. Chinin 117, Ichthyol-  
compressen 119.

Morbilli, Stenose der Vagina  
nach 216, Pemphigus bei  
355, Koplik'sche Flecke  
216, Weiterstillen der  
Kinder bei M. der Mutter  
218.

Morbus Basedowii, operative  
Behandlung 21, Anti-

thyreoidin 503, 504; Läh-  
mung bei 505.

Morbus maculosus, Gelatine-  
injectionen 292.

Morphium, Entziehung 556;  
bei Tollkirschenvergiftung  
262.

Myocarditis, Jodvasogen 379.

Myoclonie u. Epilepsie 252.

Myopie u. Diabetes 248, u.  
Kopfschmerzen 553.

## N.

Nabelschnur, Vorfall 274.

Naevus angiomatosus mit Epi-  
lepsie 296.

Nagelschmutz, Infectiosität des  
520.

Nahrungsstauung, Behebung  
der 426.

Naphtholschwefelpaste bei  
Ephelides 394.

Natr. biborac. zur Entfettungs-  
cur 526.

— bicarbonic., Inhalation 40.

— jodat. bei Cataracta 101,  
Diabetes 249.

— kakodyl. bei Bronchitis  
294.

— salicyl. bei Diabetes 249,  
Arthritis gonorrhoeica 257,  
Fieber der Phthisiker 518.

— soziodolic. bei Scharlach  
461.

Nebennierensubstanz s. Adre-  
nalin.

Nephritis, fötale 86; Fisch-  
oder Fleischkost 91, Agu-  
rin 568, 569.

Nephrolithiasis, Urol 101.

Neuralgieen, Aspirin 85, 201,  
361, Salochinin 93, 268,  
Acetopyrin 142, Valyl 330,  
Basicin 332; Metatarsalgio  
267.

Neurasthenie, Sanguinal 2.  
Valyl 330, Dysmenorrhoe  
bei N. 212, Obstipatio  
219, Zungenbeschwerden  
225.

Neuritis optica bei Lactation  
414, Tabes 418.

Neurosen, nasale Therapie 81,  
Salochinin 93, Valyl 330.

Niesen bei Schwangerschaft  
271.

## O.

Obstipatio. Ricinusöl 173,  
Cascarin 220, Purgan 507,  
509, Purgatin 568, Ruhe-  
curen 219, Hinterdamm-

schutz 170; Störungen  
der Herzaction bei O. 172;  
Untersuchung des Mast-  
darms von aussen 169.

## XVI

Obturator zur Verhütung der Conception 185.

Ol. Cinnam., Inhalation 40.

— Menth., Inhalation 40.

— Ricin., bequemes Einnehmen 173.

— Santal. als Harnantisepticum 443.

— Terebinth. als Harnantisepticum 443, bei Phosphorvergiftung 555.

Ophthalmoblennorrhoe, Verhütung durch Protargol 69,

Behandlung 337, mit Itrol 447.

Opium bei Diabetes 104; Vergiftung 457.

Orchitis, Schmierseife 420.

Orexin. tannic. bei Seekrankheit 558.

Orthoform bei Wunden und Furunkel im Ohr 242, Kehlkopftuberculose 422.

Osteomalacie, Castration 402.

Otitis med. purul. u. Erysipel 253.

## P.

Panaritien, Chinosol 10, Vioform 98, Jodyloform 566; Coupiren des Processes 566.

Pankreon bei Diabetes 103.

Paraffin, Prothesen von 183.

Paralyse der Placentarinser-tionsstelle 25, Bleiparalyse 458, Accommodations-lähmung durch schlechte Eier 359, Ptosis amyotrophica 221, Facialisparese nach spontaner Geburt 221, Jodipin bei Facialisparalyse 223, solche bei hereditärer Lues 317, isolirte, eines Astes des N. peroneus prof. 107, aufsteigende, bei Morbus Basedowii 505, Hemiplegia alternans super. 358.

Paralysis agitans, Rhizoma scopoliae 333.

Parotitis epid. mit schweren Erscheinungen 119; Ung. Credé 471.

Pasta serosa in der Dermo-therapie 327.

Pasteurisirten des Rahmes 231.

Pemphigus bei Masern 355.

Periostitis, Jodvasogen 379.

Peritonitis, Heilungen chro-nischer 419.

Perniones, Epicarin 121, Carbolbleisalbe 247.

Pertussis, Creosotal 122, 278.

Pertussin bei Laryngitis und Bronchitis 566.

Peru-Cognac bei Tuberculosis 369.

Phallokos bei Gonorrhoe 496.

Phenol. sulfuricin. bei Kehlkopftuberculose 422.

Phlegmone, Chinosol 10, Vioform 98, Jodyloform 566.

- Phosphor bei Rhachitis 556;  
haltbares Oel 332; Intoxi-  
cationen 114, 553, 557.
- Pilul. resorbentes 475.
- Pilocarpin. mur. bei Glaukom  
109.
- Pityriasis versicolor, Lysulfol  
282.
- Pleuritis, chron., traumatische  
121; Acetopyrin 142,  
Aspirin 183, Jodvasogen  
379.
- Pneumonie u. Epilepsie 105;  
Diagnose bei Kindern 173,  
Behandlung derselben 174;  
Creosotal 121, 279, Ung.  
Credé 516.
- Pneumothorax durch einen  
Fremdkörper 254.
- Polypen im Ohr 530.
- Potio Riveri bei Brechdurch-  
fall 19.
- Proctitis, Prophylaxe der  
mercuriellen 318.
- Prolapsus coli 430.
- Protargol bei Gonorrhoe 69,  
109, 255, 495, 496,  
Ophthalmoblennorrhoe 69,  
338, 339, Wunden und  
Geschwüren 442.
- Prurigo, Sapolan 11, Lysulfol  
282.
- Pruritus senilis linguae 224,  
nach Arsengebrauch 405,  
durch einen Hühnerpara-  
siten 223; Bromocoll 199,  
404, Theervasogen 378,  
Guajacolvasogen 404,  
Anaesthetie 440.
- Psoriasis u. Glykosurie 406,  
u. Impfung 407; Sapolan  
11, Gallacetophenon 246,  
Thervasogen 378, Lysul-  
fol 282, Atoxyl 408.
- Ptosia amyotrophica 221.
- Puerperalfieber, Chinininjec-  
tionen 24, Ung. Credé 130,  
362, 516, 517, Ergotin  
362, Behandlung der  
Endometritis 129; Rheu-  
matismen 510; Selbst-  
infection 124.
- Purgatin bei Obstipatio 568.
- Purgen bei Obstipatio 507,  
509.
- Purpura und Phthise 280, bei  
Genitaltuberculose 340.
- Pyramidon bei Fieber der  
Phthisiker 178, 323.
- Pyrogallol, Intoxication 262.

## R.

- Reagenspapier zum Nachweis  
von Jod 377.
- Resorcin bei Lupus 17, Ephe-  
lides 394.
- Rhachitis, Phosphor 556, mit  
Sicco 181.
- Rheumatin bei Rheumatismen  
93.
- Rheumatismus, puerperaler  
510, traumatischer 83,  
eines Kiefergelenkes 359,  
510, der Gelenke und  
Typhus 523; Aspirin 44,  
85, 361, Rheumatin 93,  
Acetopyrin 141, Salochinin  
269, Jodvasogen 379.

b

## XVIII

Rhinitis. Behandlung der Rh. vasomotoria 269, der Coryza mit Amyloform 271, Cocaintamponade 513; Forman 175, 514; Schneuzen von Säuglingen 176.

Rhizoma scopoliae carniolicae bei Paralysis agitans 333.

Rhizoma Veratri bei Neurosen 82.

Roborat bei Tuberculose 364, 469, als Diabetikergebäck 543, 544; Einfluss auf Lactation 91.

Rothlichtbehandlung des Erysipels 397.

## S.

Salochinin bei Neuralgien u. Neurosen 93, 268.

Salol als Harnantisepticum 443.

Sanatogen 187, 364.

Sanguinalpillen mit Hetol 559.

Sapolan bei Ekzem, Prurigo, Psoriasis etc. 10, 11, 183.

Sarcoptes-Invasion beim Menschen 328.

Scabies, Lysulfol 282.

Scarlatina und Epilepsie 106, stillender Mütter 218; Scorbut nach S. 466; Virulenz des Contagiums 23; Prophylaxe der septischen 464; Sozjodolnatrium 461.

Schmierseife bei Peritonitis 419, Scrophulose 484, Struma 420.

Schreibstörung bei Hysterie 501.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Schwangerschaftsniesen 271, Schwangerschaft und Geburt bei Tabes 319, 414, bei Larynx tuberculose 279, Psoriasisbehandlung in der

Schwangerschaft 262; Therapie wiederholter Aborte 361; vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta 410, Paralyse der Placentarstelle 25, Behandlung der Blutungen während der Geburt durch Tiefathmen 132, Reposition der Nabelschnur 274, Dammschutz 27, Cocain in der geburts-hüfl. Praxis 86, Abscess im Beckenbindegewebe als Geburtscomplication 412, letztere infolge Hydropsie des Fötus 85; Asepsis und Antisepsis in d. Geburtshilfe 272; Selbstinfection und Puerperalfieber 124, Behandlung des letzteren 24, 129, 130, mit Ergotin 361, Ung. Credé 362, Puerperalrheumatismen 510, puerperale Gangraen 122, Chorea im Wochenbett 342, Lactationsneuritis 414, Lactation u. Roborat 91, — S. auch „Hypere-mesis“.

Schwefelwasserstoff, Vergiftung 356.



Schweinfurter Grün, Vergiftung 15.  
 Scorbut nach Scarlatina 466.  
 Scrophuloderma, Resorcin 18.  
 Scrophulose, Sicco 181; Behandlung des Ekzems 481.  
 Seborrhoea capitis, Epicarinspiritus 146.  
 Seekrankheit, Tiefathmungen 131, Orexin. tannic. 558.  
 Sepsis bei Scarlatina 464; Ung. Credé 275, 380, 516, 517.  
 Sicco s. Haematogen. sicc.  
 Silicium-Kalkstahlbrunnen bei Phthise 424.  
 Singultus, Tiefathmungen 132.  
 Skleritis, Aspirin 200.  
 Sklerose, multiple nach Unfall 309.  
 Skoliose, hysterische 352.  
 Solut. arsen. Fowl., Arzneiexanthem nach 197.  
 Somatose bei Tuberculose 231, 364.  
 Soziodolnatrium bei Erkrankungen der Genitalien 182, Scarlatina 460.  
 Spasmus glottidis, nasale Therapie 82.  
 — nutans, nasale Therapie 82.  
 Sputum, Desinfection des tuberculösen 243.  
 Stauungspapille, Jod 562.  
 Stenose der Vagina nach Masern 216.

Stib. chlorat. bei Lupus 401.  
 Stomatitis, Prophylaxe der mercuriellen 318.  
 Struma. rasches Entstehen u. Verschwinden 558; Jodoform 313, Ergotin 558, Schmierseife 420.  
 Stypticin bei Gebärmutterblutungen 61, Hautblutungen 339.  
 Sulfur. praec. bei Furunkel 156, Ichthyosis 210.  
 Syphilis. Extragenitale Infection an den Lippen 29, Behandlung des Primäraffects mit Jodoform 565, Brooke'scher Paste 572; Behandlung der Leucoplacia bucco-lingualis 415, Prophylaxe der mercuriellen Stomatitis 318, gleichzeitige Anwendung von Hg und Jod 314, Injectionscuren bei S. 34, Jodkali, Jodalbacid und Jodipin 226, Jodipin 228, Jodolen 229, Kal. jod. mit Sicco 181, Mercurio-Crème 415, Soziodolnatr. bei Geschwüren 182; Behandlungsyphiliskranker Mütter und Schicksal der Föten 132, Hg-Behandlung und Tabes 416, Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditärer S. 136, Facialisparalyse dabei 317; Diabetes insipid. bei S. 32, Ischias 34, S. und Lichen ruber 31; S. des Kiefers 225.

b\*

- Tabes, infantile 322, u. Hg-Behandlung der Lues 416, Schmiercur 276, Jodipin 228, Basicin 333, Hydrotherapie 277; Wirbelsäulenveränderung bei T. 276, Schwangerschaft und Geburt 319, 414.
- Tannoform bei Nachtschweissen der Phthisiker 159, Hyperidrosis pedum 351.
- Tendozwirn in auskochbarer Verpackung 243.
- Tenesmus, Anaesthesin 439.
- Tetanus nach Gelatineinjection 203, aetiologisch interessanter Fall 37.
- Theervasogen bei Hautkrankheiten 378.
- Thiocol bei Phthise 367.
- Thioform bei Diabetes 103, Tylosis 563.
- Tinctur. benz. bei Furunkel 154.
- Jodi statt Jodkali 182, bei Angina 535; Arzneiexanthem 199.
- Tollkirschen, Intoxication 262.
- Tonsillen, pulsirende 237.
- Trachom s. Conjunctivitis.
- Tragrahmen zur Behandlung von Oberschenkelfracturen kleiner Kinder 398.
- Traumen als Ursache von Gelenkrheumatismus 83, acuter Herzinsufficienz 571, Endocarditis 569, Chorea 342, Pleuritis 121, Varicen 372, Hemicranie 550, multipler Sklerose 309, Spätmeningitis 168, Spätapoplexie 201.
- Trichocephalus u. Appendicitis 157.
- Trigeminusneuralgie, Acetopyrin 142.
- Trional bei Gonorrhoe 497.
- Tuberculose, Entstehung durch Genuss von Fleisch 325, Tuberkelbacillen in Milch u. Butter 230, 231, Infection im Kindesalter 137, Infectiosität des Nagelschmutzes 520, Desinfection des Sputums u. der Wohnung 243, Impftuberculose 560, Uebertragung der Hauttuberculose 18; Lupus erythem. u. T. 325, Resorcin bei T. verrucosa cutis 18; Behandlung der T. des Darms mit Fortoin 21, Ichthargan 517, der Peritonitis mit Schmierseife 419, der tuberculösen Wunden mit Vioform 98, der Kehlkopftuberculose 421, 530, Heroin bei T. des Kehlkopfs und der Lungen 178, 180, Pulverinhalationen bei Phthise 40, medicamentöse Behandlung derselben 366, mit Hetol 363, 366, 367, 559, Hetosanguinal 559, Perucognac 369, Ichthyol 137, 517, Igazol 138, 368, Kreosotvasogen 379, Silicium-Kalkstahlbrunnen 424; Acetopyrin bei Phthise

142, Dionin 278, 368, Alkohol 468, Roborat 469, Somatose 231; Behandlung der Haemoptoe mit Gelatine 294, des Fiebers 177, 178, 322, 324, der „Hyperidrosis“ siehe d.; Larynx tuberculose u. Gravidität 279, Metrorrhagia praetuberculosa 541, Meningitis 558, Meningitis u. Genitaltuberculose 38, Purpura bei Genitaltuberculose 340, bei Phthise 280, T. der Blase 518, des Uterus 281, Phthise u. Diabetes 104; Jodkali zur Frühdiagnose der T. 466.

Tumenol bei Furunkel 154.

Tumoren. Begleitsymptome der Carcinome 236, 371,

561, entzündliches Brustdrüsencarcinom 232, Lebercarcinom im Kindesalter 370, Lupus u. Carcinom 232, Heroin bei inoperablem Uteruscarcinom 370, palliative Behandlung des letzteren 88, 370, Cancroin 89, 370.

Tylosis palmarum 562.

Typhus abdom. zusammen mit Gelenkrheumatismus 523; plötzlicher Beginn 326; Schweissmittel bei T. 523, Behandlung mit Salochinin 93, Acetopyrin 142, Aspirin 183, Ung. Credé 516; Urotropin bei Bakteriurie 326; Typhusbacillen im Sputum 522; Desinfection des Harns 149.

## U.

Ulcus cruris, Campher 41, 42, Vioform 98, Sozjodolnatrium 182, Crurin 372, Pasta serosa 328, Jodvasogen 379.

— durum s. Syphilis.

— molle, Salicyl 89, Vioform 98, Sozjodolnatrium 182, Jodolen 230, Jodyloform 565, Brooke'sche Paste 572, Kälte 563.

— ventriculi, Gelatine 62, Oelanwendung 299, Bismutose 524, Hygiama 429, Fersan 62, Anaesthesin 439.

Unguis incarnatus, Vioform 98.

Unguent. Credé bei Puerperalfieber 130, 275, 362, Sepsis 275, 471, 516, 517, bei scrophulösen Halsabscessen 484.

Unguent. praec. alb., Arzneiexanthem bei 199.

Urol bei Arthritis urica u. Nephrolithiasis 101, 536.

Uropurin, Tabletten 472.

Urotropin bei Typhusbakteriurie 326, als Harnantisepticum 443.

Urticaria, Bromocoll 404,

**V.**

Vaccination u. Psoriasis 407.  
 Vaccine, Uebertragung von 282.  
 Vaginismus, Behandlung mit  
 Kolpeurynter 42.  
 Validol bei Morphiument-  
 ziehung 556.  
 Valyl, Anwendung 330.  
 Varicen als Unfallsfolgen  
 372; Protargol 442; Be-  
 handlung thrombosirter 90.  
 Verweilkatheter, Handhabung  
 472.

Vinum camphor. bei Ulcus  
 cruris 41.  
 Vioform als Jodoformersatz 97.  
 Vitia cordis. Behandlung der  
 Compensationsstörungen  
 525, Agurin 237, 238,  
 568, 569; pulsirende Ton-  
 sillen 237.  
 Vaginitis gonorrhoeica 548.  
 Vulvitis gonorrhoeica 497.  
 Vulvovaginitis kleiner Mädchen  
 349, 498.

**W.**

Wasserstoffsuperoxyd, Dosi-  
 rung 45, bei Uteruscar-  
 cinom 88.  
 Wunden, Behandlung mit  
 Euguform 5, Chinosol 10,

Vioform 97, Chinin 148,  
 441, Protargol 442, Xero-  
 form 380, Anaesthesin  
 440, 529, Jodylingaze  
 389.

**X.**

Xanthoma diabeticum. Atoxyl  
 410.

Xeroform, Erfolge mit 380.

**Y.**

Yohimbin bei Impotenz 305, 502, 569.

**Z.**

Zimmtsäure s. Hetol, Peru-  
 cognac.  
 Zinc. chlorat. bei Rhinitis  
 270.  
 — sozodolic. bei Gonorrhoe

257. Ophthalmoblennor-  
 rhoe 338, 339, Pharyn-  
 gitis et Laryngitis tuber-  
 culosa 368.  
 Zinn, Vergiftung 14.

## Bücherschau.

- Alber, Atlas der Geisteskrankheiten 333.
- Ammon, v., Sehprobetafeln 575.
- Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten 48.
- Bornträger, Das Buch vom Impfen 335.
- Bum, Handbuch der Massage und Heilgymnastik 478.
- Cohn, Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrophotherapie 575.
- Croner, Therapie an den Berliner Universitätskliniken 478.
- Döderlein, Geburtshülfflicher Operationskurs 479.
- Drasche, Bibliothek der Medicinischen Wissenschaften 480.
- Eden, van, Verbandlehre 144.
- Eulenburg, Realencyclopädie der gesammten Heilkunde 239.
- Fränkel, Die 20 Prüfungsaufgaben der allgem. Pathologie 335.
- Die 20 histologischen und osteologischen Staatsexamens-Vorträge 480.
- Friedmann, die Altersveränderungen und ihre Behandlung 382.
- Gilbert, Praktische Winke für die Diabetes - Küche 384.
- Gocht, Orthopaedische Technik 238.
- Goldscheider-Jacob, Handbuch der physikalischen Therapie 191, 240, 573.
- Graetzer, Vademecum für die Kinderheilkunde 189.
- Gross, Compendium der Pharmako-Therapie 47.
- Guttmann, Medicin. Terminologie 479.
- Henle, Grundriss der Anatomie des Menschen 432.
- Jacob-Pannwitz, Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose 334.
- Jacobson, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 576.
- Jaksch, v., Klinische Diagnostik innerer Krankheiten 96.
- Junger, Das Physicum 431.
- Kleinwächter, Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 143.



## XXIV

- Kraft, Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane 288.
- Kühnemann, Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten 287.
- Küstner, Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie 144.
- Lehmann's medicin. Handatlanten 240, 336, 383.
- Leyden, v. - Klemperer, Die deutsche Klinik 191, 333, 572.
- Lorenz, Praktischer Führer durch die gesammte Medicin 383, 575.
- Medicinalkalender 187, 286.
- Mehring, v., Lehrbuch der inneren Medicin 431.
- Meissner, Mikroskopische Technik 382.
- Monti, Kinderheilkunde 96, 479.
- Onódi, Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfsnerven 576.
- Roth, Klinische Terminologie 381.
- Schilling, Hygiene und Diätetik des Magens 190.
- Die Verdaulichkeit der Nahrungs- und Genussmittel 190.
- Schneidemühl, Die animalischen Nahrungsmittel 95.
- Schwalbe, Jahrbuch der prakt. Medicin 47, 574.
- Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten 143.
- Beiträge zur psychiatrischen Klinik
- Thimm, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 288.
- Volksblatt, hygienisches 190.
- Wagner, Der Naturheilkoller 190.
- Weiner-Matt, Prakt. Hydrotherapie 528.
- Zeissl, v., Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers 333.

## Namen-Verzeichniss.

### A.

Adamkiewicz 89,  
370.  
Adler 232.  
Alexander 253.  
Andreae 447.  
Appel 183.  
Arlt v. 446.  
Arning 153.  
Aronsohn 477.  
Aufrecht 24.

### B.

Baar 7.  
Badal 101.  
Baginsky 419.  
Bálint 250, 251, 381.  
Ballet 503.  
Bardeleben v. 19.  
Barbéra 541.  
Bass 56.  
Baumann 412.  
Baumgarten 224.  
Baur 91.  
Bayer 302.  
Bayet 145.  
Beninde 230.  
Berger 305.  
Bernheim 231.

Bernstein 378.  
Besdjetnoff 396.  
Bettmann 454.  
Bidder 492.  
Biedert 19, 437.  
Bier 399.  
Binswanger 228,  
357.  
Bischoff 187.  
Bittner 401.  
Bjeloussow 466, 500.  
Blaschko 494.  
Blenke 267.  
Bleuler 434.  
Bloch 322.  
Boas 219, 393.  
Bock 477.  
Bockhart 151, 210,  
257, 276, 318,  
415.  
Boenheim 6.  
Boenneken 57.  
Bohlen 79.  
Bonain 242.  
Bondi 414.  
Bouha 281.  
Bourquin 569.  
Bramann, v., 117.  
Brandweiner 563.

Bregman 160.  
Bresgen 514.  
Briegleb 471.  
Brindel 487.  
Brooke 572.  
Bruhns 317.  
Bruns 45, 201.  
Buchwald 425.  
Bukofzer 488.  
Bumm 77.  
Burghardt 503.  
Burgl 115.  
Burmeister 356.  
Buschke 67, 349.  
Bylsma 211.

### C.

Camera 537.  
Camerer 19.  
Casper 472.  
Cassel 420, 535.  
Cassirer 296.  
Cervello 138.  
Clemm 541.  
Cohn 146, 281, 414,  
418, 469.  
Cohnheim 299.  
Comby 19, 217.  
Cramer 98.

**D.**

Darier 444.  
 Daut 437.  
 Denigès 377.  
 Destrée 238.  
 Dezsö 121.  
 Diehl 106.  
 Dieterich 332.  
 Dieudonné 137.  
 Doctor 405.  
 Döllner 486.  
 Dörr 159.  
 Dohrn 160.  
 Donath 307.  
 Dornblüth 2.  
 Dreyer 572.  
 Dührssen 411.  
 Dunbar 440.

**E.**

Eberhart 272.  
 Eberschweiler 262.  
 Ebstein 169, 305.  
 Edinger 346.  
 Ehrke 298.  
 Ehrlich 389.  
 Ehrmann 17.  
 Elischer 370.  
 Emmerich 476.  
 Engelhardt 536.  
 Enriquez 503.  
 Erichsen 248.  
 Eschle 63.  
 Eulenburg 502.

**F.**

Faber 355.  
 Farrar 86.  
 Farwick 49.  
 Feer 137, 216.  
 Fehling 402.  
 Ferdinands 488.  
 Feuer 444.  
 Feuerstein 457.  
 Finsen 397.  
 Fiser 562.  
 Flatau 476, 516.  
 Fleischl v. 259.  
 Fliess 206.  
 Flockemann 258.  
 Fortuna 537.  
 Forel 434.  
 Fournier 132, 456.  
 Frank 363.  
 Frankl 567.  
 Freudenberg 539.  
 Frey 530.  
 Fricke 558.  
 Frieser 536.  
 Froben 400.  
 Fuchs 141, 221,  
 326, 553.  
 Fürbringer 569.  
 Fürst 193.  
 Fürth 164.  
 Fujisawa 168.

**G.**

Gallois 294.  
 Gebele 371.  
 Geiringer 180, 362.

Georgii 284.  
 Gerber 1.  
 Gerhardt 527.  
 Gerlach 25.  
 Gersuny 245, 253,  
 343, 344, 377.  
 Gertler 388.  
 Gerwin 433.  
 Gessner 516.  
 Gilbert 553.  
 Göbel 504.  
 Goldberg 349.  
 Goldmann 275, 378.  
 Goldschmidt 293.  
 Goldzieher 221, 444.  
 Gortaloff 337.  
 Gossner 340.  
 Gottschalk 44.  
 Gouladze 182.  
 Gowers 221.  
 Gräfe 356.  
 Grawitz 244.  
 Gray 242.  
 Gröné 221.  
 Groenouw 68.  
 Grohé 11.  
 Grouven 227.  
 Grumme 351.  
 Grunow 8.  
 Gumprecht 170.  
 Gussenbauer 298.  
 Guttmann 537.

**H.**

Haas 481.  
 Haeberlin 27.

Häubler 329.  
 Hagemeyer 122.  
 Hager 159.  
 Hamm 359.  
 Hammer 441.  
 Hasenfeld 381.  
 Haug 242.  
 Havas 415.  
 Hecht 243.  
 Heermann 63.  
 Heil 271.  
 Heim 174.  
 Heinz 130.  
 Heinzel 415.  
 Helbich 62.  
 Helbing 12.  
 Henne 274.  
 Hennicke 359, 484.  
 Herr 230, 231.  
 Heschelin 387.  
 Hess 568.  
 Heusser 366.  
 Hirsch 410, 552.  
 Hirschfeld 1, 181.  
 Hodara 355.  
 Hofbauer 276.  
 Hoffmann 207, 252,  
     354.  
 Hofmann 556.  
 Hofmeier 124, 125,  
     273, 404.  
 Holländer 402.  
 Hollweg 185.  
 Holtschmidt 292.  
 Hoppe 447, 491.  
 Horn 260.

Hrach 62.  
 Hünerfaut 78.  
 Hugel 20.  
 Huntington 244.  
 Huppert 42.

**I.**

Israel 389, 421.

**J.**

Jacob 325.  
 Jacobi 347.  
 Jacobsohn 543.  
 Jacoby 370.  
 Jehle 522.  
 Jerusalem 206.  
 Jesioneck 255.  
 Jessen 258.  
 Jez 64.  
 Joffy 119.  
 Jolles 14.  
 Jolly 342.  
 Joos 37.  
 Jordan 229.  
 Joris 122.  
 Jorns 571.  
 Joss 205.

**K.**

Kalischer 296.  
 Kaltenbach 128, 273.  
 Kassel 471, 530.  
 Kaufmann 131, 339.  
 Kétly v. 332.  
 Kienninger 292.  
 Killian 254.  
 Kionka 330.

Kirchner 199.  
 Kissinger 83.  
 Klemperer 91, 330.  
 Kloth 286.  
 Kluk-Kluczejcki 220.  
 Kobert 424.  
 Köhler 322.  
 König 72.  
 Köster 458.  
 Kolaczek 331.  
 Koplik 216.  
 Kopp 36.  
 Kopytowsky 31.  
 Kraepelin 434.  
 Kramer 90.  
 Krause 80, 560.  
 Krecke 97.  
 Kreibich 290.  
 Kreisch 85.  
 Kristeller 28.  
 Krönig 75 ff., 124 ff.,  
     147, 273, 518.  
 Krone 559.  
 Kronenberg 313.  
 Krukenberg 379.  
 Kucera 385.  
 Kühn 107.  
 Kümmell 3.  
 Kürt 81.  
 Küster 100.  
 Kugel 89.  
 Kuhn 203, 244.  
 Kundrat v. 436.  
 Kurtz 426.  
 Kussmaul 216.  
 Kuttner 279.

# XXVIII

## L.

Lämmerhirt 534.  
Landau 183.  
Landerer 363 ff.,  
559.  
Langes 60.  
Lanz 503.  
Lapin 62.  
Lapiner 205.  
Laquer 266.  
Laqueur 19, 194,  
435.  
Lassar 18, 34, 246,  
394, 420.  
Ledderhose 284 ff.  
Leick 501.  
Leiner 355.  
Lembke 13.  
Lengemann 529.  
Lenz 54.  
Leo 556.  
Lepa 271.  
Leprince 220.  
Lermoyez 486.  
Leser 236, 371.  
Lesser 314.  
Lewin 329.  
Liebrecht 330.  
Lieven 29.  
Lion 251.  
Litten 237.  
Löwenstein 418.  
Lomer 361.  
Lublinski 178, 269.

## M.

Maass 5.  
Manasse 266, 512.  
Mankiewicz 3.  
Mansbach 476, 516.  
Marschalko 496.  
Martinet 426.  
Marx 148, 441.  
Meissen 19.  
Mendel 34, 309.  
Menge 124, 212.  
Merkel 361.  
Metschnikoff 157.  
Meyer 177, 186.  
Michaelis 17, 237.  
Mikulicz v. 21.  
Mirabeau 319.  
Mirtl 370.  
Model 566.  
Möbius 503, 550,  
551.  
Möller 228.  
Morton 268.  
Mosthóff 139.  
Moure 487.  
Müller 237, 380,  
545, 565.  
Münz 516.  
Munter 277.  
Muralt v. 305.

## N.

Nagelschmidt 407.  
Nebelthau 114, 556.  
Neisser 113, 416.

Nencki 264.  
Neuburger 248.  
Neukirchen 78.  
Neumann 197.  
Niedner 538.  
Nogné 220.  
Nolda 159.  
Nonne 258.  
Noorden v. 101, 438.  
Nothnagel 296.  
Nottebaum 10.  
Notthaft 198.  
Nusch 85.

## O.

Oeder 105.  
Olshausen 28, 273.  
Oppenheim 343, 552.  
Oppenheimer 186.  
Ott 324, 468.  
Ottolenghi 243.  
Overlach 93.

## P.

Pässler 549.  
Pannwitz 325.  
Paulsen 65.  
Pazzini 38.  
Pel 523.  
Penzoldt 324.  
Peters 136.  
Petersen 399.  
Pfeiffenberger 380,  
453.  
Pfister 439.  
Pföringer 55.

Pick 325, 406.  
 Pileur, Le, 132.  
 Pilske 132.  
 Piotrowski 69.  
 Plato 69, 109.  
 Plehn 149.  
 Port 399.  
 Preisach 138.  
 Preisich 520.  
 Protin 442.

**Q.**

Quervain de 569.

**R.**

Rad v. 358.  
 Rank 42.  
 Rasch 223.  
 Recamier 298.  
 Reich 298.  
 Reifferscheid 93.  
 Rennert 2.  
 Renzi De 517.  
 Reye 569.  
 Richet 250, 381.  
 Richter 182.  
 Riedel 400, 531.  
 Riehl 132.  
 Rille 216.  
 Ritser 438.  
 Rittgen 28.  
 Roemisch 281.  
 Roger 218.  
 Rohden 351, 424,  
 475.  
 Roloff 400.

Róna 210.  
 Rose 434.  
 Rosenbach 219.  
 Rosenbaum 561.  
 Rosenberg 173, 179,  
 487.  
 Rosenfeld 264, 419,  
 505.  
 Rothschild 21.  
 Rubinstein 223.  
 Rudolf 547.  
 Rudolph 121.  
 Rühl 516.  
 Rumpf 282.  
 Runge 485.  
 Rusch 262.

**S.**

Saalfeld 348.  
 Sabrazès 377.  
 Sachs 442.  
 Salomonsohn 221.  
 Sarason 544.  
 Savor 450, 497, 548.  
 Schäche 166.  
 Schäfer 250.  
 Schäffer 388.  
 Schallehn 485.  
 Scharf 327.  
 Schenk 40.  
 Scherer 368.  
 Scheuer 183.  
 Schild 408.  
 Schleich 327.  
 Schlesinger 19, 370,  
 429.

Schlöss 249.  
 Schmey 369.  
 Schmidt 23, 140, 278.  
 Schmidt-Monnard 19  
 Schmithuisen 449.  
 Schnirer 367.  
 Schossberger 61.  
 Schudmak 183.  
 Schüder 149.  
 Schütz 520, 562.  
 Schultes 503.  
 Schultze 117.  
 Schwarz 551.  
 Schwarze 372.  
 Schwarzkopf 119.  
 Sée 429.  
 Seeligmann 404.  
 Seifert 555.  
 Sellei 11.  
 Senator 420.  
 Senn 241.  
 Siecke 461.  
 Siefert 152.  
 Silex 221, 337.  
 Simmonds 38.  
 Singer 172, 510.  
 Siredey 249.  
 Sohn 464.  
 Solt 361.  
 Spietschka 401.  
 Spilmann 167.  
 Spindler 438.  
 Stein 183.  
 Steiner 187.  
 Steinitz 243.  
 Stern 34, 398.



### XXX

Stich 541.  
Sticher 127, 128,  
273.  
Sticker 120, 466.  
Stöckel 518.  
Strassburger 159.  
Strauss 459.  
Ströll 156.  
Strubell 117.  
Strzeminsky 526.  
Suchanek 176.  
Süss 37, 470.  
Süssmann 513.  
Sussmann 545.  
Szabóky v. 10.  
Szántó 89, 541.

#### T.

Taenzer 449.  
Takamine 487.  
Tauszk 268.  
Tavel 97.  
Terson 5.  
Teweles 50.  
Thiele 500.  
Thieme 294.  
Thomalla 558.  
Thorn 75.  
Thyen 61.  
Tietze 225  
Tillmanns 268, 500.

Tison 220.  
Toff 517.  
Tolnay 245.  
Torggler 88.  
Toulouse 250, 381.  
Tóvölgyi, v., 421.  
Trautmann 56.  
Treitner 523.  
Truzzi 404.  
Tschuchner 328.  
Turnowsky 105.

#### U.

Ungar 556.  
Unna 3, 310, 318,  
394.  
Unterberg 507.

#### V.

Vámosy v. 507.  
Vincent 534.  
Volkmann 235.  
Vollbrecht 55.

#### W.

Wagner 373.  
Walbaum 41.  
Wanke 228.  
Weber 237, 459.  
Wegele 19.  
Wegner 394.

Weill 172.  
Weinstein 407.  
Weissmayer v. 366.  
Welander 226.  
Wenckebach 295.  
Wenhardt 509.  
Werler 471.  
Werner 282.  
Wernicke 417.  
Wertheim 68.  
Westberg 295.  
Westphal 341.  
Westphalen 86.  
Wicherkievicz 109.  
Wiechell 281.  
Wild v. 558.  
Winkler 121, 146.  
Winternitz 195, 196.  
Witthauer 19, 20,  
524.  
Wolf 466.  
Wolff 106.  
Wormser 326.  
Woyer 130.

#### Z.

Zeissl v. 32, 496.  
Zinn 15.  
Zuppinger 254.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 1.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

October

XI. Jahrgang

1901.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Anaemie, Chlorose.** Therapeutische Versuche mit Sanguinal Krewel bei reiner Chlorose stellte Dr. H. Ed. Gerber (Wien, II. med. Univers.-Klinik) an. In jedem Falle war dabei eine Besserung des haematologischen Bildes zu constatiren, fast stets Gewichtszunahme, sowie auffallend günstige Beeinflussung der subjectiven Symptome. Es wurden gleich Anfangs grosse Dosen gegeben (drei Mal tägl. je drei Pillen, manchmal sogar drei Mal tägl. vier Pillen); die Pillen wurden stets gern genommen und gut vertragen, Verdauungsbeschwerden stellten sich nie ein, der Appetit steigerte sich sogar regelmässig in den ersten Tagen schon. Sanguinalpillen sind also als gutes Eisenmittel bei Chlorose zu bezeichnen.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 31.)

— Auch Dr. Hirschfeld (Berlin) hat die Sanguinalpillen mit bestem Erfolge bei Anaemieen und Chlorosen angewandt.

Die Pillen sind zunächst ein ausgezeichnetes Stomachicum, das, oft schon nach wenigen Tagen, den Appetit mächtig steigert, sodass bald auch der Ernährungs- und Kräftezustand der Pat. sich erheblich bessert. Besonders günstige Wirkung entfalten die Pillen auf die Beschwerden nervöser, *neurasthenischer* Kranker, die unter dieser Therapie sich bald wohler fühlen, und kann Autor Dornblüth nur beipflichten, der für die Arzneibehandlung der Neurasthenie diese Pillen in erste Reihe stellt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1901 No. 64.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Nach eigener

Methode **gekochtes Catgut** verwendet Dr. Rennert (Donawitz) seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren. Die Bereitung von keimfreiem Catgut ist für den Praktiker sehr umständlich, das in den Handel gebrachte sterile Catgut recht theuer, aber es fehlte bisher eine *einfache, zuverlässige und billige Methode der Selbstbereitung*, die nun aber jetzt Autor gefunden zu haben glaubt. Rohcatgut guter Qualität (Marke Wiessner) wird auf einem Metallrahmen oder einer dicken an den Rändern abgeschliffenen Glasplatte straff ausgespannt. Dies gelingt am besten mittelst eines vom Autor verwendeten Metallrahmens\*), welcher an den beiden Seiten, an denen das Catgut herumgelegt wird, mit Gummiröhrchen überzogen ist, da durch die Hitze des Metalles das Catgut leidet. Der Rahmen ist zum Auseinanderziehen eingerichtet zur straffen Spannung des Catgut. Ist letzteres der Fall, so legt man es auf 24 Stunden in 5%ige wässrige Lösung von Formalin, und hierauf 10 Minuten langes Kochen in reinem Brunnenwasser, wobei das Catgut wohl aufquillt, aber seine Form nicht verliert. Nach dem Kochen schüttet man das Wasser ab und lässt das Catgut etwa eine Stunde aufgespannt im Behälter zum Trocknen liegen, worauf es in 1% Sublimatalkohol gelegt wird, worin es lange Zeit aufbewahrt werden kann. Kurz geschieht also die Zubereitung nach folgenden Principien:

1. Straffes Spannen des Rohcatgut.
2. 24 Stunden in 5%ige Formalinlösung.
3. Zehn Minuten Kochen in reinem Wasser (nicht länger! am besten thut man es gleich in ganz heisses Wasser und kocht zehn Minuten).

---

\*) Angefertigt von Waldeck & Wagner, Prag.

4. Eine Stunde Trocknen in dem zum Kochen verwendeten Behälter.

5. Abnehmen und Aufbewahren in 1% Sublimatalkohol; vor dem Einlegen bindet man am besten je 10 oder 20 Fäden zu einem Päckchen (event. gleich beim Spannen) und schneidet sich gleich die gewünschte Länge.

Solches Catgut ist sicher aseptisch. Autor verwendet es zu Ligaturen und zur Naht, er sah nie eine Eiterung.

(Prager medicin. Wochenschrift 1901 No. 5.)

- Die **Sterilisation der Seiden- oder elastischen Katheter** war bisher kaum möglich, ohne dass der Lack abging, die Katheter rissig und unbrauchbar wurden. Kürzlich machte Kümmell (Hamburg) die Mittheilung, dass man diese Katheter durch *fünf Minuten langes Kochen in gesättigter Ammon. sulfuric.-Lösung (3:5)* sicher sterilisiren könne, ohne dass die Katheter irgendwie beschädigt würden (wenn man sie in *kalter* Lösung ansetzt). Mankiewicz hat jetzt die Methode nachgeprüft und die Richtigkeit der Angaben bestätigen können. Das neutrale Ammon. sulfur., ein weisses krystallinisches Pulver ist zu über 50% in Wasser löslich. Chemisch rein kostet das kg 2 M., doch scheint auch das billigere, mit dem sauren Salze verunreinigte, bei jedem Droguisten erhältliche Präparat zu genügen. Das Verfahren bedeutet einen grossen Fortschritt, da es so auch den Pat. möglich ist, durch ungiftige Stoffe die Sterilisirung vorzunehmen.

(Berliner medic. Gesellschaft, 6. II. 1901. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 8).

- Zur **Desinfection der Hände** ergreift auch ein Dermatologe, P. G. Unna, das Wort. Er schätzt vorzüglich die Fürbringer'sche Alkoholdesinfection, hält dieselbe aber für ungenügend. Es ist ein *längerer Contact der Oberhaut mit dem Alkohol* und eine *Verbindung mit dem Gebrauch von überfetteten Seifen* erforderlich. Am Abend vor dem Zubettgehen sollten die Hände des Chirurgen mit heissem Wasser, Seife und Bürste gereinigt werden. Dann umwickele man sie mit Mullbinden, die in Alkohol reichlich getränkt werden und sodann mit Guttaperchapapier oder Billrothbattist, lege also die Nacht einen Alkoholdunstverband an. Die auf diese Weise erzielte Keimfreiheit wird dann unmittelbar nach Abnahme des Verbandes am

1\*

Morgen dadurch bis zur Operation erhalten, dass man die Hände mit einer überfetteten Seife längere Zeit hindurch einschäumt und mit sterilem Handtuch trocken abwischt. Der mikroorganismenhaltige Staub kann dann nicht in die mit Seife gefüllten Spalten zwischen den Hornzellen eindringen, sondern setzt sich in dem Seifenschaum fest und wird direct vor der Operation durch einfaches Abwaschen mit letzterem entfernt. Wie viel Seife als trockener, schützender Firniss auf der Haut hierbei zurückbleibt, sieht man, wenn man die Hände mit warmem Wasser abwäscht, an dem entstehenden Schaum. Um das chirurgische Gewissen ganz zu beruhigen, kann man, wo keine Idiosynkrasie gegen Sublimat besteht, statt der überfetteten Grundseife eine Sublimatseife benützen, aber auch überfettete, da diese die Hornschicht der Hände nicht angreift, sondern sogar glättet. Ferner kommt es viel weniger darauf an, ob ein Chirurg eben vor einer Operation eine inficirte Wunde mit gesunden Händen berührt hat, als auf den Umstand, ob *er selbst eine Eiteraffection an der Haut der Hände durchgemacht hat*. Wie die histologische Untersuchung der Umgebung eines jeden Furunkels oder Abscesses zeigt, ist die Hornschicht bis zu einer gewissen Tiefe, besonders in der Umgebung der Haarfollikel von Staphylokokken durchsetzt. Diese sind das eigentlich Gefährliche, auf welches der Chirurg zu fahnden hat; in solchen Fällen ist auch *noch lange nach dem Abheilen der eitrigen Affectionen die penibelste Desinfection der Hände* angezeigt. Jede zurückgebliebene Röthung um einen Haarbalg ist verdächtig und sollte bei der Operation mit einem Stück Hg-Carbolpflastermull bedeckt sein; ebenso jede Narbe von einer mit Schnitt behandelten Phlegmone oder von einer Abscedirung. In der Zwischenzeit, ehe der Operateur operationsfähig ist, sollte er seine Hände einer desinficirenden *Behandlung* — nicht blos Desinfection — z. B. mit Hg-Pflastermull, Alkoholdunstumschlägen, Ichthyol etc. unterwerfen. *Die consequente Nachbehandlung einmal erkrankt gewesener Chirurghände ist äusserst wichtig!* Auch hierfür erinnert Unna an den Nutzen der überfetteten Seifen, vor allem der Grundseife, bei einfacher Einschäumung mit nachfolgendem trockenen Abwischen. Nicht nur, dass dieser fetthaltige Seifenfirniss die Hände des Chirurgen glatt erhält und vor Infectionen schützt, er bietet auch das einfachste Mittel, um Keime der Hände, die nun ein-

mal nicht vollständig entfernt werden können, zeitweise an der Haut festzuhalten und dadurch für Berührung mit Wunden unschädlich zu machen.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1901 Bd. 32 No. 10.)

- **Euguform** wandte jetzt Dr. H. Maass (Berlin, H. Neumann's Kinderpoliklinik) als *Wundstreupulver bei Kindern* an und war mit der Wirkung recht zufrieden. Bei frischen Wunden, bei bereits inficirten und stark secernirenden z. B. nach Incision von Haut- und Drüsenabscessen, Panaritien, Paronychieen etc. bewährte es sich, schränkte rasch die Secretion ein und beeinflusste schon in der Umgebung bestehende Ekzeme in günstiger Weise. Autor möchte das Pulver namentlich für solche Wunden kleiner Kinder empfehlen, die stark nassen und die Umgebung zu Ekzemen reizen. Auch die *schmerzlose Wirkung* des Präparats trat hervor. Weniger günstig war der Einfluss auf scrophulöse Wunden nach Eröffnung von Scrophulodermen und kalten Abscessen, sowie nach Drüsen und Knochenoperationen; hier leistete das Betupfen der welken, zum Zerfall neigenden Granulationen mit reiner Jodtinctur, wie Autor es seit Langem übt, ungleich bessere Dienste. Euguform kostet dasselbe wie Jodoform, ist aber ausgiebiger, wie letzteres, also noch billiger.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 20.)

**Blutungen.** Ueber Glaskörperblutung im Verlauf von **Apoplexia cerebri** berichtet A. Terson. 60jähr. Mann erleidet eine Hemiplegie; linker Arm und linkes Bein gelähmt, ausserdem Paralyse des rechten unteren Facialis. Pat. war einen Tag bewusstlos, und als er erwachte, war er rechts völlig blind. Dies Auge völlig undurchleuchtbar bei tiefschwarzer Pupille, — also totale Glaskörperblutung. Keine Spur einer Verletzung! Während die Hemiplegie unter Jodtherapie sich allmählig besserte und fast ganz zurückging, blieb das Auge lange Zeit völlig undurchleuchtbar. Erst nach zehn Monaten wurde der Hintergrund etwas röthlich, doch waren keine Details erkennbar. Ganz allmählig begann der Glaskörper klarer zu werden, dicke flottirende Membranen waren zu erkennen. Nach und nach deutlichere Besserung, endlich war der Glaskörper bis auf leichte Trübung völlig klar, Sehschärfe mit  $+ 3,5 D = \frac{2}{3}$ ; Gesichtsfeld normal, Quelle der



Blutung nicht zu eruiren, da der einzige Befund der war, dass die Grenzen der Papille nicht ganz so scharf sich präsentirten, als am linken Auge, das übrigens durchaus normal blieb. Auf Grund seines Falles und der spärlichen in der Litteratur niedergelegten Arbeiten über intraoculare B. bei Gehirnapoplexie stellt Autor folgende Sätze auf:

1. Es kommen seltene Fälle zur Beobachtung, in denen eine Haemorrhagie den ganzen Glaskörperraum eines Auges ausfüllt, während zugleich die entgegengesetzte Körperhälfte von einer Hemiplegie betroffen ist, deren Ursache vermuthlich eine Gehirnblutung ist.

2. Es ist nicht bewiesen, dass die profuse Glaskörperblutung in Folge Durchbruches des Blutes durch die Papille entsteht. In den bisher zur Section gelangten Fällen von Haematom des Opticus bestand ein solcher Durchbruch nicht. Wahrscheinlicher sind venöse B. in Folge von Stauung.

3. Die Störungen im Augeninnern bei cerebraler Haemorrhagie sind mannigfach und inconstant. Sie können noch nicht dazu dienen, die Natur der Hirnaffectio sicherzustellen. Doch sind Oedem der Papille und Netzhautblutungen häufiger bei ausgedehnten Hirnblutungen beobachtet worden, als bei Embolie oder Erweichung.

(Ophthalmolog. Klinik 1901 No. 1.)

— **Zwei Fälle von geheilter Haematurie** theilt Dr. Boenheim (Ohra) mit. Im Sommer vor vier Jahren erkrankte ein 60jähriger Herr an Urinblutungen, bei welchen die innige Vermischung von Urin und Blut besonders charakteristisch erschien. Anamnese und Untersuchung ergaben keinen Anhalt für Steinerkrankung. Pat. hatte absolut keine Schmerzen. Noch am ehesten Verdacht auf Tumor. Aber auch hierfür im Laufe der wochenlangen Beobachtung kein Zeichen zu eruiren. Pat. litt nun ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr an diesen zeitweilig recht starken B., dann verschwanden diese plötzlich und kehrten nie wieder, Pat. blieb vollständig wohl. Fall 2 betrifft eine Frau, die vor drei Jahren an recht starken B. erkrankte; daneben ziehende Schmerzen längs der Ureteren. Für Nierensteine lag nichts vor. Auch diese Pat. verlor ziemlich plötzlich die B. und blieb gesund. In beiden Fällen therapeutisch nur Secale und äusserlich feuchte Umschläge auf die Nierengegend.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1901.)

- Einen Fall von geheilter Nierenblutung theilt auch Dr. G. Gustav Baar (Chehalis-Washington) mit. Am 11. VII. 1900 erschien ein 62jähr. intelligenter Farmer mit der Angabe, er entleere seit gestern in seinem Urin Blut, ohne jegliche Schmerzen. Er konnte hierfür keine Ursache angeben, ausser, dass er vor längerer Zeit etwas gehoben und darauf einen sehr leichten Schmerz in der rechten Nierengegend gefühlt hätte. Auch hätte er vor mehreren Jahren denselben Zustand gehabt, aber er sei nach einigen Tagen ohne jedwede Behandlung wieder verschwunden. Untersuchung ergab: Geringe Arteriosklerose, Herz normal; kein Anhaltspunkt für Stein, Neubildung oder abnorme Mobilität der Nieren. Niemals Nierenkolik. Per rectum in der Blase nichts Abnormes tastbar. Verordnung: Absolute Bettruhe, eiskalte Umschläge auf beide Nierengegenden, Milchiaet, Extr. fluid. Hamam. Virg. (täglich drei Theelöffel), Ergotin, — Pat. entleerte vom 11. VII. bis 27. VII. abwechselnd bald stark blutig rothen Urin mit bis 2 cm langen, wurmförmigen, der Weite der Ureteren entsprechend dicken Blutgerinnseln, ohne Schmerzen, bald mehr klaren Harn, der aber Serum und Nucleoalbumin enthielt, wenn auch manchmal kein Blut nachzuweisen war. Am 17. VII. verspürte Pat., als er sich Nachts nach rechts umlegte, in der rechten Niere leichten Schmerz, darauf entleerte er fast reines Blut. Er war auch in Folge der B. etwas anaemisch. Noch verschiedene Verordnungen (Plumb. acet., Vichy etc.), der Zustand blieb derselbe. Am 20. VII. Entleerung von  $1\frac{1}{2}$  L. blutigen Urins. Da Pat. am 27. VII. nach zweitägiger Pause wieder beinahe reines Blut urinirte, rieth Autor ihm, in die zwölf Stunden Bahnfahrt entfernte Stadt behufs event. Operation zu reisen. Pat. musste erst drei Stunden mit Wagen über die Prairie, merkte aber von dem Momente, wo er in die Bahn stieg, kein Blut mehr. Auch der Arzt, der ihn Tags darauf cystoskopirte, fand nichts in der Blase, im Urin weder Blut noch Eiweiss. Pat. lag eine Woche ohne Spur von B. im Spital, kehrte dann in seine Heimath zurück, fühlte sich seitdem vollkommen wohl und lebt bis heut in ungestörter Gesundheit. Er will auf der Fahrt zum Arzt sehr aufgeregt wegen der event. Operation gewesen sein. Ob hier „neuropathische Blutung“ vorlag und „psychische Blutstillung“ erfolgte?

(Die Therapie der Gegenwart 1901, Juli.)

- Ueber **Anwendung subcutaner Gelatine-Injectionen zur Blutstillung** lässt sich Dr. Grunow (Kiel, medic. Klinik), gestützt auf die seit 1899 dort gemachten Erfahrungen, aus. Die Injectionen wurden in der Tiefe des subcutanen Gewebes meist an der Aussen- oder Vorderseite des Oberschenkels, seltener an Bauch- oder Brusthaut vorgenommen; vorzuziehen ist die Injection in die Oberschenkel, weil Brust- und Bauchhaut entsprechend der Athmung differiren; zu vermeiden sind diese Stellen daher bei dyspnoischen Pat. Verwendet wurde eine Lösung von 2 g Gelatine in 100 g physiol. Kochsalzlösung; injicirt wurden meist zwei Mal 100 g entweder nur an einer Stelle oder bei grösserer Spannung und Empfindlichkeit an zwei. Die Gelatine wurde in 200 ccm-Flaschen sterilisirt aus der Apotheke bezogen. Das in Betracht kommende Krankmaterial umfasst 7 Fälle von Lungenblutungen (6 Phthisen, 1 Lungengangraen), 8 Darmblutungen (6 Typhus abdom., 1 Morbus macul., 1 acute Leukaemie), 7 Magenblutungen (5 Ulcera ventr., 1 Carcinom, 1 Haemophilie), 2 Nierenblutungen, 2 Blasenblutungen, 1 B. aus einem Aneurysma. Neben der Gelatine wurden im Bedarfsfalle auch Morphin und Haemostatica verabfolgt, z. B. bei Lungenblutungen Plumb. acet., Secal. cornut., es kamen diaetetische Maassregeln hinzu etc., sodass man von einer *ausschliesslichen* Wirkung der Gelatine nicht reden kann. Jedenfalls waren in den mit Gelatine behandelten Fällen einige Male gar keine Erfolge, in der überwiegenden Anzahl der Fälle aber vorübergehende oder dauernde Erfolge zu verzeichnen. Bei Sonderung ersterer fällt auf, dass die Gelatine zu spät oder nicht häufig und reichlich genug injicirt wurde. Die erfolgreich behandelten Fälle sind derart, dass vielleicht nur mit einiger Reserve das Resultat der Gelatinewirkung zu Gute geschrieben werden kann; in einigen wenigen Fällen jedoch, die durch die Art der therapeutischen Versuchsanordnung (vorwiegende und protrahirte Gelatineanwendung) und durch klinische Besonderheiten (z. B. erneutes Auftreten der Blutung nach ausgesetzter resp. verminderter Gelatine-Anwendung, Auftreten grosser und derber Gerinnsel) ausgezeichnet waren, konnte mit einiger Wahrscheinlichkeit eine blutungshemmende Wirksamkeit erschlossen werden. Mit Rücksicht auf diese Erfolge ist Autor geneigt, die Gelatine-Injection bei allen Organblutungen zu empfehlen, wobei mit Rücksicht auf die

geringen oder negativen Resultate zu geringer Gelatineanwendung eine Injection von täglich 4 g während der Dauer der B. und einige Tage darüber zweckmässig erscheint. Als Nebensymptome der Injectionen wurden beobachtet: Schmerzen an der Injectionsstelle, einige Male urticariaartiger Ausschlag, Fieber. Der Grad der Schmerzen ging im Allgemeinen parallel mit dem Spannungsgrad der Haut und der Langsamkeit der Resorption. In einigen Fällen waren noch nach 2—3 mal 24 Stunden Schmerzen vorhanden. Bei schlaffer Haut mit Fettschwund und lockerer Beschaffenheit der Subcutis, bei stark ausgebluteten Pat. fand meist schnelle Resorption statt, während bei wohlgenährten und vollsaftigen Individuen dieselbe länger dauerte. Fieber stellte sich fast in allen Fällen ein, und zwar einige Stunden nach der Injection, zuweilen begleitet von Schüttelfrost. Es schwankte zwischen 38—39°, bei bereits Fiebernden manchmal bis 40°. Nach Aussetzen der Injection fiel es sofort ab; dieser Umstand im Verein mit der Regelmässigkeit des Auftretens, sowie der Umstand, dass bei längerer Anwendung der Injectionen unter den gleichen Bedingungen die Fiebergipfel successive sanken, spricht für Gelatine-Fieber. Diese Nebenerscheinungen, vor Allem die Schmerzen, sind entschieden störend und im Stande, das subjective Befinden herabzudrücken; sie fallen aber doch im Ganzen nicht so schwer ins Gewicht, dass sie den augenscheinlichen Werth der Gelatine aufzuheben im Stande sind, zumal dauernd eine Schädigung nie eintrat. Autor kommt also zu folgenden Schlussätzen:

1. Wir haben an der Hand einiger Fälle den Eindruck der Wirksamkeit der subcutanen Gelatineinjection gegenüber B. innerer Organe gewonnen.

2. Die subcutane Anwendung der Gelatine ist von einigen unbequemen Nebenerscheinungen begleitet; dieselben contraindiciren jedoch die Anwendung nicht.

3. Wir empfehlen die Anwendung derselben bei allen schwereren inneren B. und legen wegen des Vorübergehens der gerinnungsbeschleunigenden Wirkung auf eine protrahirte, über das Blutungsstadium hinausgehende Anwendung Gewicht.

4. Die gerinnungsfördernde Wirkung der Gelatine genügt oft allein noch nicht, die B. zum Stillstand zu bringen; erst in der Combination mit anderen directen

oder indirecten Haemostaticis wird der erwünschte Zweck erreicht.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 32.)

— **Chinosol als Stypticum und secretionsbeschränkendes Mittel** lernte Dr. Nottebaum (Remilly) schätzen. Bei frischen, mit Chinosollösung (1—2 : 1000) behandelten *Wunden* stand die Blutung fast augenblicklich, ebenso B. granulirender Flächen beim Verbandwechsel, capilläre B. bei Operationen, bei einfacher Berieselung oder Betupfen mit in diese Lösung getauchten Wattetampons. In 2 Fällen von heftiger *Epistaxis* standen die B. sofort nach Einbringung eines mit derselben Lösung getränkten Tampons. Die styptische Wirkung beruht jedenfalls auf der stark adstringirenden Eigenschaft des Chinosols. Dieser, sowie seinem hohen antibakteriellen Werth zu danken ist wohl auch seine auffallend secretionsbeschränkende Wirkung, die neben einer stark austrocknenden und desodorisirenden hervortrat bei 2 Fällen von ausgedehnter *Phlegmone* des Unterschenkels, bei mehreren grossen *Abscessen* und *Panaritien*. Hierbei sind aber höher concentrirte Lösungen (3 : 1000 und höher) erforderlich. Schliesslich sah Autor sehr günstige Erfolge von Spülungen mit einer Lösung von 1 : 1000 bei 2 Fällen von *Cystitis*.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 33.)

**Ekzem.** Sapolan wandte Dr. J. v. Szabóky (vgl. Dermatolog. Klinik Budapest) bei 42 Fällen an. Sapolan, eine geruchlose, durchscheinende, dunkelbraune, weiche Salbenmasse, ist ein gereinigtes Nebenproduct der bei Destillation von Naphtha gewonnenen Abfälle, zu deren 5 Theilen 3 Theile Lanolin und 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wasserfreie Seife gemischt werden; es enthält also ausser 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Lanolin und 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Seife bei 61<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Naphtharesiduen, ist daher an Naphthol, Naphthalin, Guajacol, Phenol etc. sehr reich und musste bei langwierigen juckenden und chronischen Processen gut wirken. Die praktischen Versuche ergaben nun Folgendes: Bei acutem E., leicht irritirbaren Processen ist das Mittel durchaus contraindicirt, bei Thier- und Pflanzenparasiten ferner unzweckmässig, da wir hier wirkungsvollere Mittel haben, desgleichen unvortheilhaft bei allen jenen Fällen, wo wir die Resolution alter inveterirter Processe, das Aufhören chron. Entzündungen oder chron. Hyperaemien

erreichen wollen. Von ausgezeichnete Wirkung dagegen ist es bei subacuten und chron. juckenden Affectionen (z. B. *Prurigo*), bei Entfernen von Schuppen und Krusten, beim Aufweichen von verhornten Stellen. Bei solchen Processen, bei welchen sich diese Indicationen vereinigen, wie beim *chronischen E.*, wirkt Sapolan geradezu als Specificum so lange, bis wir nicht, um die hartnäckige Hyperaemie einzustellen, zu stärkeren Theerpräparaten greifen müssen.

(Dermatolog. Centralblatt 1901 No. 9.)

- Auch Dr. J. Sellei (Budapest) hat **Sapolan** bei 52 Fällen angewandt. Gute Erfolge erzielte er bei *chron. squamösem E.*, indem sich hier das Mittel theils als vorbereitende, theils als Nachcur bei stärker wirkender antipruriginöser Behandlung bewährte. Auch bei *Dermatitis artificialis* war der Effect ein guter, desgleichen bei oberflächlicher *Psoriasis*, wenn die geringe Infiltration aufweisenden Plaques von wenig Schuppen bedeckt waren. Auf inveterirte und stark infiltrirte Psoriasiseruptionen blieb es ohne Einfluss, ebenso war es wirkungslos bei Scabies, pflanzlichen Parasiten, Ekzema marginatum, Erythema exsud. multiforme und Pruritus. Bei seinem billigen Preise wird *Sapolan* jedenfalls bei chron. E., Neurodermieen u. dgl. mit Nutzen zu verwenden sein.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33 No. 1.)

**Fracturen und Luxationen.** Ueber **Metatarsalfracturen** lässt sich B. Grohé aus. Diese Brüche sind in den letzten Jahren der Gegenstand genauerer Studien geworden, da sich ergeben hat, dass eine grosse Zahl der sogen. „Fussgeschwülste“ beim Militair nichts anderes als Fracturen der II. resp. III. Metatarsalknochen — durch indirecte Gewalt veranlasst — sind. In neuester Zeit sind derartige Beobachtungen, wenn auch spärlich, auch bei Civilisten gemacht worden. Die *directen F.* dieser Knochen sind meist auf schwere Gewalteinwirkungen zurückzuführen, wodurch sich einmal die Betheiligung mehrerer Metatarsi, andererseits aber auch die häufige Complication mit offenen Wunden erklärt. Autor demonstrirt nun 2 Fälle *isolirter Fractur des Metatarsus V durch relativ geringe Gewalteinwirkung*. In dem ersten handelte es sich um einen 58jähr. kräftigen Mann, der, auf einer niedrigen Trittleiter stehend, so mit dieser umkippte, dass der linke

Vorderfuss zwischen die 3. und 4. untere Trittstufe eingeklemmt wurde, während er mit dem rechten Fuss auf den Fussboden zu stehen kam. Ein Arzt verordnete Einreibungen des distortirten Fusses. Da kein Nachlass der Schmerzen bei dem dauernd umherlaufenden Pat. eintrat, suchte er nach ca. 2 Wochen die chirurg. Poliklinik auf. Diffuse Schwellung der Gegend der Basis des linken V. Metatarsus und Druckempfindlichkeit dieser Knochenparthie. Das Röntgenbild bestätigte die Diagnose Torsionsbruch, indem sich ergab, dass dicht vor der Tuberositas baseos metatarsi V der Knochen in leicht von aussen vorne nach innen hinten verlaufender Richtung gebrochen war. Im 2. Falle war ein ausserordentlich grosser und kräftiger Student von einem mit ihm tanzenden Commilitonen, welcher einen Schienenschuh trug, leicht getreten. Er hatte einen stechenden Schmerz gefühlt, der auch beim Gehen sich empfindlich bemerkbar machte, sodass sich Pat. 2 Tage später vorstellte. Geringe Schwellung des äusseren Fussrandes und Druckempfindlichkeit etwas vor der Basis des V. Metatarsus. Auch hier bestätigte das Radiogramm die Diagnose: Quere Fractur des V. Mittelfussknochens, ca. daumenbreit vor der Tuberositas metatarsi V. Therapeutisch wurde bei beiden Pat., die dringend Bewegungsfreiheit wünschten, ein durch Schusterspahn und Filzunterlage verstärkter Wasserglasverband angelegt, der die vorderen Stützpunkte des Fussgewölbes völlig entlastete. So konnte der 1. Pat. seinem Gastwirthsgewerbe völlig nachgehen und nach 14 Tagen (4 Wochen nach dem Insult) geheilt entlassen werden, der 2. aber 8 Tage nach dem Unfall auf dem Mensurplatz antreten (ist noch in Behandlung).

(Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena, 7. II. 1901. —  
Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 13).

- Ueber einen **Fall von Rissfractur des Calcaneus** macht Helbing Mittheilung. Die Schilderung der 50jähr. Pat., wie sie sich den Unfall zugezogen, ist recht charakteristisch. Auf einem Stuhle stehend, sei sie mit dem r. Fusse nach rückwärts getreten, in dem Glauben, ihr Fuss würde beim Aufsetzen den Stuhlsitz noch erreichen. Statt dessen sei sie aber mit den Fussspitzen auf den Boden gekommen. Sogleich empfand sie heftigen Schmerz, war aber noch im Stande, mit dem Fusse aufzutreten. An der Fusssohle,

ebenso im Abstände der Malleolen von einander und von der Sohle konnte keine Differenz gegen links constatirt werden. Dagegen 2 cm hohe leichte Vorwölbung an Stelle des Achillessehnenansatzes, die die Furchen zu beiden Seiten der Sehne ausglich und sich teigig anfühlte. Auf der 6 Monate nach dem Unfälle aufgenommenen Photographie sieht man an der entsprechenden Stelle jetzt eine quere Einziehung. Oberhalb dieser Geschwulst drohte ein spitzer Knochenvorsprung die durch den Druck schon anaemisch gewordene Haut zu perforiren. An diesem Fragmente inserirte die Achillessehne, die bei der noch activ möglichen Plantarflexion sich deutlich spannte. Eine Annäherung beider Fragmente war auch bei der stärksten passiven Plantarflexion nur um ein Geringes möglich. Bei der Gefahr der Durchstechung der Haut und bei der geringen Functionsstörung begnügte man sich, mit Heftpflasterstreifen einer weiteren Dislocation der Knochenfragmente entgegenzuwirken. 4 Wochen später konnte Pat. geheilt entlassen werden. Das Skiagramm zeigt, dass die Bruchlinie unmittelbar unterhalb der Insertion der Achillessehne beginnt, in einem Winkel von  $45^{\circ}$  nach oben und vorn ausstrahlt und nur ca.  $\frac{3}{5}$  des Calcaneus durchtrennt. Durch die Elasticität des Calcaneus konnte der Zugwirkung der Achillessehne gewissermaassen ihr Tribut gezollt und das obere Fragment  $45^{\circ}$  nach oben geklappt werden, ohne dass eine vollkommene Continuitätstrennung eintreten musste. Dieser Zusammenhang der beiden Fragmente erklärt auch die geringe functionelle Störung.

(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, 10. XII. 1900. —  
Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 6.)

- **Isolirte Fractur des 1. Keilbeins** beobachtete Dr. Lembke (Karlsruhe). Der 46jähr. Pat. blieb Anfang September v. J. mit seiner linken Fussspitze an einer Schwelle hängen und kam dadurch vorwärts zu Fall. Trotz der Anschwellung des Fusses und der Schmerzen that er noch 14 Tage Dienst und blieb dann 4 Wochen in ärztlicher Behandlung zu Haus. Am 17. X. kam er zum Autor. Neben Anschwellung des ganzen Fussrückens eine hügelige Vorwölbung über dem 1. Keilbein und Mittelfussknochen, die sehr druckempfindlich war; der Fuss (Plattfuss) nicht stärker platt, als der andere; Gang vorsichtig ohne Ab-



wicklung der Sohle. Durch Palpation nicht sicher festzustellen, ob die Verdickung dem Keilbein allein angehört oder ob der Mittelfusssknochen auch daran theilhaft sei. Die Röntgenaufnahme bewies die Verletzung des Keilbeins allein, und zwar ist nicht nur die Rinde des Knochens auf dem Fussrücken abgerissen, sondern die Gelenkfläche ist keilförmig abgerissen, die Basis des Keils nach dem 2. Keilbein gerichtet. Die Wiederherstellung dauerte  $\frac{1}{4}$  Jahr. Im Vordergrund standen stets Schmerzen beim Abwickeln der Sohle. Jetzt geht der Mann wieder seinem Berufe nach (Briefträger), hat aber Beschwerden beim Treppensteigen, weil das Gelenk zwischen Keilbein und Metatarsus ankylosirt ist. Die Fractur ist zu Stande gekommen durch Ueberflexion des Fusses, bei der eher eine Luxation im Lisfranc'schen Gelenk oder eine Fractur der Metatarsi hätte erwartet werden sollen.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1901 No. 4.)

**Intoxicationen.** Ueber einen interessanten Fall von acuter Zinnvergiftung berichtet Dr. A. Jolles (Wien). Derselbe erhielt den Harn einer jungen Dame, die seit einiger Zeit das Bild einer *schweren Nervenerkrankung*, verbunden mit hochgradiger *Abmagerung* und *Anaemie* darbot. Gleichzeitig mit dem Urin wurden *goldgelbe Seidenstrümpfe* gesandt da man einen Zusammenhang des Leidens mit dem Tragen dieser Strümpfe vermuthete. Im Harn fanden sich starke Mengen Albumosen, geringe von Serumalbumin und Globulin, mikroskopisch einzelne Cylinder, *in den Strümpfen aber sehr grosse Mengen von Zinn*, wobei der Farbstoff durch heisses Wasser leicht abgezogen werden konnte. Es ergab sich, dass *als Beschwerungsmittel der Seide Zinnchlorid in bedeutender Menge verwendet* und als Farbstoff ein der Klasse der Azofarbstoffe angehöriger Körper vorhanden war, und zwar derart unecht fixirt, dass er schon durch heisses Wasser abgezogen wurde. Nun wurde auch der Harn auf Zinn untersucht und letzteres sicher nachgewiesen. Nach Einleitung entsprechender Therapie untersuchte man den Harn constant in bestimmten Intervallen ca. 2 Monate hindurch, wobei Zinn mit Regelmässigkeit, wenn auch in wechselnden Mengen constatirt wurde, ein Verhalten, welches ganz der Ausscheidung des Quecksilbers, Bleies und anderer Schwermetalle durch den Harn entspricht. Die Ausscheidung von Albumosen und Globulin nahm

während dieser Zeit allmählig ab, während Serumalbumin und renale Elemente etwas zunahmen. Das constante Vorhandensein von Zinn einerseits, sowie von Albumosen und Globulinen, Körpern, die ja bei bedeutendem Zerfall der corpusculären Elemente des Blutes auftreten, berechtigt zur Annahme, dass die Zinnvergiftung einen gesteigerten Zerfall von rothen und weissen Blutkörperchen bedingt, wobei man jedoch auch einen Theil der Albumosen auf Rechnung des Gewebs- resp. Eiweisszerfalls zu setzen berechtigt wäre. Albumosen treten ferner bei Läsionen der Magen- und Darmschleimhaut auf, und es wäre denkbar, dass auch hier so etwas vorlag, analog den Veränderungen der Schleimhaut des Magendarmcanals bei Intoxicationen mit anderen Metallen (Quecksilber). Nicht ganz von der Hand zu weisen ist die Möglichkeit, dass der in heissem Wasser lösliche Azofarbstoff, durch den sauren Schweiß gelöst, die Erscheinungen der Zinnvergiftung modificirte, dass also keine reine Zinnvergiftung vorlag. Pat. litt an hochgradiger *Hyperidrosis der Extremitäten*, und die gelbbraunen Seidenstrümpfe färbten hier stark ab. Die Nervenerscheinungen machten sich als motorische Störungen (Ataxie) und solche der Sensibilität (Kältegefühl, An- und Hypaesthesia) geltend. Diaet, Bäder, Faradisation brachten die Symptome allmählig zum Schwinden. Das eine Zeit lang recht schwere Krankheitsbild aber zeigt die Nothwendigkeit, darauf zu achten, dass *seidene Kleidungsstücke nicht unmittelbar mit der Haut in Berührung kommen*, besonders nicht bei Personen, die an Hyperidrosis leiden; das gebräuchliche Beschwerungsmittel für Seide, namentlich bei lichten Modetönen, ist eben Zinnchlorid.

(Wiener med. Presse 1901 No. 11.)

- Eine tödtliche Vergiftung mit Schweinfurter Grün beobachtete Zinn und demonstriert Magen und Darm der Pat., die im Verlaufe von 19 Stunden der Vergiftung erlag. Ein grosser Theil des Magens erscheint bedeckt mit dem grünen Farbstoff, der sich besonders in den Thälern der Schleimhautfalten vorfindet; er ist zum Theil innig gemischt mit Schleim und haftet ziemlich fest an. In der Gegend der grossen Curvatur bemerkt man ausgedehnte Blutungen. Oesophagus und Rachenorgane völlig frei von Veränderungen. Darm stark geröthet und rauh in seiner ganzen Ausdehnung vom Duodenum bis zum Mastdarm; an der

Schleimhaut des Duodenum stärkere, an der des Jejunum und Ileum spärliche Blutungen. Darminhalt besteht aus blutigem Schleim, untermischt mit gelblichen und bräunlichen Bröckeln. Am Herzen Fettmetamorphose mässigen Grades, in den meisten Leberzellen feine Fettkörnchen, ausserdem haemorrhagische Nephritis; Blase, stark contrahirt, enthielt nicht einen Tropfen Urin. Pat., ein 28jähr. Dienstmädchen, hatte in der Absicht des Selbstmordes *nüchtern 4 Theelöffel Schweinfurter Grün*, in Wasser verrührt, genommen. Bald darauf bekam sie Erbrechen, Durchfälle, Ohnmacht. 3 Stunden nach der Vergiftung aufgenommen, erhielt sie sofort ausgiebige Magenspülung, die reichliche Mengen, etwa 1 Theelöffel, grünen Niederschlags, zum Theil innig gemischt mit Schleim, zu Tage förderte. Pat. erbrach danach noch sehr oft, wiederholt auch grünen Farbstoff, dem das dargereichte Gegengift beigemischt war. Heftige Durchfälle fast unaufhörlich bis zum Tode. Die Entleerungen gaben ein Bild des Verlaufs der schweren Darmalteration: Die ersten enthielten das unveränderte Gift in dünnem, gelbem Koth; von der 4. Stunde ab bestanden sie nur aus reichlichem dünnem Schleim mit vielen durchsichtigen, zum Theil ringförmigen, kleineren oder grösseren Flocken untermischt, die überwiegend aus zelligem Material bestanden; die späteren endlich enthielten Blut in grossen Mengen als Gerinnsel dem Schleim beigemischt. Schon bald nach der Aufnahme Kräftezustand der Pat. ein ungünstiger. Mehr und mehr entwickelte sich ein schwerer Collaps; Nachmittags starke Schmerzen im Leibe. Tod. Die Therapie bestand in reichlicher Magenausspülung, Darreichung des Arsengegengiftes, Darmspülungen, Reizmitteln, Kochsalzinfusion. Doch alles vergebens. Die Prognose der acutesten Formen der Arsenvergiftung ist schlecht. Obige Pat. hatte eine recht grosse Menge des Giftes genommen. Beim Schweinfurter Grün ist die Schwierigkeit besonders gross, dasselbe gründlich aus dem Magen zu entfernen; es ballt sich zu grösseren Klumpen zusammen, vermischt sich mit Schleim und legt sich innig an die Vertiefungen der Magenwand an, sodass selbst Spülungen mit grossen Wassermengen das Gift nicht ausreichend zu entfernen vermögen. Vor einiger Zeit beobachtete Autor ebenfalls eine Vergiftung mit Schweinfurter Grün; Pat. genas vollständig, doch war die Menge des eingenommenen Giftes eine viel geringere

gewesen, als bei obigem Falle, wo noch der Umstand besonders ungünstig lag, dass die Pat. erst nach 3 Stunden zur Aufnahme gelangte. — Michaelis hat in den letzten Jahren 3 Fälle von Int. mit Schweinfurter Grün in der Leyden'schen Klinik gesehen. Alle 3 kamen glücklich durch. Der 3. Fall ist besonders interessant: Pat. hatte sich erst fast einen Tag, nachdem sie das Gift genommen, in den Strassen herumgetrieben, und als sie kam, wurde sie unter der Diagnose „Magenkrampf“ aufgenommen, und es vergingen noch 12—14 Stunden, bis Autor sie sah. Pat. hatte etwa 2 Liter erbrochen, und es fiel auf, dass sich in dem Bodensatz reichliche Mengen einer grünlichen Masse befanden; die Untersuchung ergab Schweinfurter Grün. Wiederholung der Ausspülungen, Entleerung sehr beträchtlicher Massen. Pat. kam durch. Man muss die Ausspülungen so intensiv und so lange wie möglich fortsetzen, weil Schweinfurter Grün eine Adhaerenz besitzt, wie kaum ein anderes Gift. — Zinn: Der Verlauf fast jeder Int. hängt wesentlich ab von dem Füllungszustande des Magens und Darms. Wenn das Gift nicht nüchtern genommen wurde, ist seine Wirkung eine viel geringere; zudem wird die Entfernung durch Brechmittel und Magenausspülungen eine gründlichere sein, als wenn sich die Substanz, besonders eben das Schweinfurter Grün, auf den Wänden eines leeren Magens absetzen kann und mit dem Schleim verklebt. Obige Pat. nahm das Gift nüchtern früh um 6 Uhr, erst um 9 Uhr kam sie in Behandlung; in dieser langen Zeit konnte der Farbstoff sich ausgiebig im Magen vertheilen, sodass häufiges Erbrechen und eine reichliche Magenausspülung ihn nicht mehr genügend entfernen konnten.

(Verein für innere Medizin in Berlin, 4. II. 1901. —  
Vereinsbeilage No. 9 zur Deutschen med. Wochenschrift 1901.)

**Lupus.** Eine einfache, für jeden prakt. Arzt brauchbare, dabei billige und zuverlässige Behandlungsmethode, die von Ehrmann inaugurierte Behandlung mit **Resorcinpaste** wandte Dr. M. Joseph (Berlin) seit 2 $\frac{1}{2}$  Jahren bei einem grossen Krankenmaterial mit bestem Erfolge an. Man verordnet:

Rp. Resorcin. 30,0  
Zinc. oxyd.

Amyl. aa 20,0

Vaselin. flav. ad 100,0

S. Morgens und Abends aufzustreichen.

Die Paste zerstört das lupöse Gewebe, greift das gesunde nicht an. Nach 3 Tagen ist ersteres verschorft. Dann einige Tage Umschläge mit essigsaurer Thonerde. Hat sich die Wunde nach einigen Tagen gereinigt, Wiederholung des Turnus, bis alles Lupöse zerstört ist. — Auch bei *Tuberculosis verrucosa cutis* und *Scrophuloderma* bewährte sich diese Methode.

(Die Medicin. Woche 1901 No. 21.)

- Einen Beitrag zur Schulhygiene, zugleich einen Hinweis für die Thätigkeitssphäre der Schulärzte liefert folgender von Prof. Lassar mitgetheilte **Belegfall zur Aetiologie der Hauttuberculose**. Bekanntlich ist eine Lieblingsform, in welcher Lehrer ihrem Züchtigungsrecht einen milden Ausdruck verleihen, das *Zupfen am Ohr der Schulkinder*. Diese als verhältnissmässig harmlos geltende Aufmunterung kann jedoch verderbliche Folgen wohl nach sich ziehen. Ist der Schullehrer tuberculös, so wird er unschwer in die Lage versetzt, seine eigenen Fingernägel mit bacillenhaltigem Sputum zu imprägniren. Eine im 35. Lebensjahre stehende Frau stellte sich kürzlich mit exquisitem L. des rechten Ohrläppchens vor; dasselbe war ums Doppelte vergrössert und verdickt. Der Zustand bestand seit dem schulpflichtigen Kindesalter der Pat. In der That konnte dieselbe angeben, dass ihr Lehrer, welcher der erwähnten Erziehungsmethode vorzugsweise huldigte, Phthisiker gewesen ist. Sie vermochte dies einwandfrei mitzutheilen, weil später ihr eigener Bruder die Tochter desselben geheirathet hatte. Die Tochter (ihre Schwägerin) leidet gleichfalls an L. Der Lehrer starb an Phthisis. — Autor erinnert im Anschluss hieran auch an die Schädlichkeit, welche im gegenseitigen Kratzen der Kinder bei Balgereien oder im Bearbeiten ihrer Nasenschleimhaut mit den Fingernägeln gegeben ist. Dieselben brauchen nur mit Sputumresten tuberculöser Personen beim Spielen auf dem Stubenboden verunreinigt zu sein, um L. des Gesichts und der Nase zu erzeugen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 31.)

**Magen- und Darmkatarrhe.** Ein altes Mittel, die **Potio Riveri gegen die Brechdurchfälle** in der heissen Jahreszeit, empfiehlt Witthauer (Eisenach), dem das Mittel (Saturation von Citronensäure und Natriumcarbonat) in den meisten Fällen dieser Art ausgezeichnete Dienste leistete, da meist schon nach dem 3. Löffel das Erbrechen aufhörte und heftige Diarrhöe durch das zugesetzte Opium ebenfalls bald versiegte. Autor ordinirt:

Rp. Pot. Riveri 120,0  
 Tct. thebaic. 2,5—3,0  
 Syr. Papav. alb. 25,0  
 S. Erst 1 stündl., später 2 stündl.  
 1 Esslöffel voll.

Auch beim Brechdurchfall grösserer Kinder bewährte sich diese Verordnung, nur wurde hier Pot. Riveri und Aqua dest. aa genommen und die Opiumdosis entsprechend modificirt.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 23).

- **Bismutose**, eine Wismuth-Proteinverbindung (weisses, geruch- und geschmackloses Pulver mit 21% Wismuth) empfiehlt B. Laqueur (Wiesbaden) auf Grund therapeutischer Versuche, welche von erfahrenen Aerzten damit in der Praxis angestellt wurden. Als *deckendes Sedativum und Antacidum bei Magenkrankheiten* verwandten es Wegele (Königsborn), Meissen (Hohenhonnef), H. Schlesinger (Wien), von Bardeleben (Bochum) und berichten übereinstimmend, dass Bismutose gern genommen, gut vertragen wird, dass es die Schmerzen und Reizzustände lindert und auch styptisch zuverlässig wirkt. In der *Kinderpraxis* als Adstringens wurde es bei *Brechdurchfall, Cholera nostras, Enteritis* von Escherich, Biedert, Schmidt-Monnard, Comby, Camerer u. A. in Oblaten oder Schüttelmixturen gegeben, lieber als Magisterium von den Kindern genommen, nie erbrochen; es wirkte auch in Fällen, wo Magisterium oder Tannalbin versagten, sowohl in acuten, als bei chron. hartnäckigen Fällen. Bismutose (Bismut. proteinic. Kalle) bekamen Säuglinge mehrmals tägl. à 1 g, grössere Kinder drei bis vier Mal tägl. 2—4 g ( $1\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel), Erwachsene entsprechend mehr (in Suppe, Wasser, Eiweisswasser oder Milch verrührt oder als Schüttelmixtur mit Syr. Cortic. aur.). Die therapeutischen Indicationen sind also folgende:

2\*

1. Magendarmerkrankungen infectiösen Charakters, Brechdurchfall der Kinder (adstringirende Wirkung);

2. Geschwürige und Reizprocesse des Verdauungstractus, Ulcus ventric., Ulcera intestini, Hyperacidität, Dyspepsie, nervöse Magenkrankungen, Typhus, Ruhr, Tuberculose (reizmildernde und protective Wirkung).

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1901.)

— Ueber **Djamboëblätter**, eine von der Firma Caesar & Loretz (Halle) verarbeitete Droge, die nach Ansicht von Dr. Witthauer (Halle a. S.) viel zu wenig bekannt ist, macht dieser einige Mittheilungen. Schon 1894 hat Hugel (Würzburger Poliklinik) damit Versuche angestellt. Er wandte, nachdem die vollständige Ungiftigkeit des Mittels erwiesen war, es bei mehreren 100 Fällen von acuter Gastroenteritis der Kinder an mit dem Erfolg, dass die stärksten Diarrhoeen und anhaltendes Erbrechen sich auffallend rasch besserten; auch schwere acute Gastroenteritis der Erwachsenen wurde günstig beeinflusst, ebenso erwies es sich als promptes Stomachicum bei Dyspepsie; beim chron. Magenkatarrh war die Wirkung keine so rasche, aber nach einiger Zeit doch günstige; nicht minder besserten sich rasch Diarrhoeen bei Phthisikern, auch wenn Opium und andere Adstringentien wirkungslos waren. Nun hat Witthauer die Versuche wieder aufgenommen. Die Djamboë kommen in folgenden Formen in Gebrauch:

1. *Fol. Djamboë subtil. pulv.* 1—2stündl. für Kinder 0,5, für Erwachsene 1 g (auch in Tabletten à 0,25).

2. *Inf. Djamboë* (5:80 + 20 Syrup) 1—2 stündl. für Kinder 1 Theelöffel, für Erwachsene 1 Esslöffel.

3. *Tinct. Djamboë vin.* (1:10) 1—2stündl. für Kinder 1 Thee-, für Erwachsene 1 Esslöffel.

4. *Extr. Djamboë fluid.* (1:1) 1—2stündl. für Kinder 20 Tropfen, für Erwachsene 30 Tropfen bis 1 Theelöffel.

Autor selbst gab meist die Tct. Djamb. vinos., die freilich ziemlich theuer ist, weshalb unter Umständen das Fluidextract oder Infus zu verordnen sein wird. Wie ungiftig Djamboë ist, ergab sich z. B. daraus, dass der eigene 1 $\frac{1}{2}$  jähr. Sohn des Autors, der aus Versehen statt des Weines einige Theelöffel des stärkeren (zehn Mal) Extracts erhielt, keinen Schaden nahm; und nur der Geschmack war ein sehr bitterer, während der Wein auch von Kindern gern genommen wird. *Der Djamboëwein*

bewährte sich sowohl bei acuten, wie chron. Darmkatarrhen sehr gut (vorher sind stets einige Dosen Calomel zu geben!), und erwies sich auch als vortreffliches *Stomachicum*, sodass er auch in diesem Sinne, selbst ohne Darmkatarrhe, empfohlen werden kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 30.)

- Ueber die Anwendbarkeit des Fortoin als Antidiarrhoicum lässt sich Dr. Rothschild (Soden) aus. Fortoin, durch Einwirkung von Formaldehyd auf Cotoin gewonnen, bedingt ebenso wie letzteres Hyperaemie des Darmes; die Erweiterung der Darmgefäße befördert den Blutstrom in denselben und begünstigt hierdurch bei chron. Darmkatarrhen Ernährung und Restitution der erkrankten Darmepithelien, worauf jedenfalls die Fortoinwirkung beruht. Dieselbe ist aber deshalb auch contraindicirt bei allen Zuständen, die mit erheblicher congestiver Hyperaemie des Darmes einhergehen, also bei acuten Darmkatarrhen, Pfortaderstauungen, Typhus (namentlich in der 2. und 3. Woche), während gerade das Gegentheil bei *Tuberculose des Darmes* stattfindet. Hier, bei tuberculösen Darmgeschwüren und überhaupt bei allen Diarrhoeen der Phthisiker hat auch Autor das Mittel mit bestem Erfolge angewandt; Gaben von 0,25 drei Mal tägl. (in hartnäckigen Fällen 0,4—0,5) führten fast immer in 5—15 Tagen Besserung herbei. Bei chron. nicht tuberculösen Katarrhen combinirte Autor das Mittel gern mit Catechu und sah hierbei eine Anzahl schwerer Fälle heilen, die vorher allen Mitteln getrotzt:

Rp. Catechu 0,5  
Fortoin. 0,25  
D. t. pulv. No. X.  
S. drei Mal tägl. 1 Pulver.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1901).

**Morbus Basedowii.** Zu der operativen Behandlung des M. ergreift Prof. v. Mikulicz das Wort, 4 operirte Fälle vorstellend, der 1. vor 6 Jahren, der 2. und 3. vor 12 resp. 9 Tagen und der 4. Tags vorher operirt. Den letzten Fall stellt Autor deshalb vor, weil er beweist, wie wenig eingreifend bei der von ihm heut geübten Technik und Wundbehandlung diese Operation ist; Pat., unter localer Anaesthesie operirt, konnte sich heut ohne



Schwierigkeit in den Hörsaal begeben und macht durchaus keinen leidenden Eindruck. Autor hat früher einige Male die Unterbindung der 4 Schilddrüsenarterien vorgenommen, diese Operation jedoch aufgegeben, seit er einmal eine tödtliche Nachblutung aus der Arter. thyreoid. infer. erlebte. In den letzten Jahren übt er ausschliesslich die typische *Resection* der vergrösserten Schilddrüse nach seiner Methode. Alle in dieser Weise operirten Pat. sind genesen; mehr als die Hälfte davon sind auch von dem Grundeiden vollständig geheilt, die übrigen wesentlich gebessert, und die Besserung nimmt mit der Dauer der Beobachtung constant zu. Autor hatte bisher noch keinen Misserfolg. Am schnellsten, in der Regel schon nach einigen Tagen, tritt eine sichtliche Besserung in Bezug auf die subjectiven Symptome: Unruhe, Herzklopfen, Schlaflosigkeit u. s. w. ein. Im Verlauf der nächsten Wochen und Monate gehen auch die übrigen, objectiv nachweisbaren Symptome, namentlich die Tachycardie und Herzhypertrophie, sowie die trophischen Störungen zurück. Nur vom Exophthalmus bleibt in der Regel ein mehr oder weniger deutlicher Rest zurück. Bis jetzt hat Autor 26 Fälle operirt. Einer der schwersten ist der vorgestellte, der vor 6 Jahren operirte, jetzt 52jähr. Pat., der damals neben den typischen Symptomen des M. die schwersten trophischen Störungen aufwies, insbesondere Ascites, brettharte Oedeme der Bauchhaut und unteren Extremitäten, hochgradige Abmagerung u. s. w. Er galt als verloren, und nur als ultimum refugium schritt man noch zur Operation (unter localer Anaesthesie). Heut sieht Pat. blühend aus, und ausser einem Exophthalmus ist nichts mehr von M. zu erkennen; früher total arbeitsunfähig, betreibt er jetzt ein eigenes Geschäft. Auch die vor 9 und 12 Tagen operirten Pat. sind schon heut mit ihrem Zustande sehr zufrieden, da die subjectiven Beschwerden fast ganz behoben sind. — Was die Wirkungsweise der Operation und das Wesen des M. anbetrifft, so schliesst sich Autor der Möbius'schen Theorie nicht an. Der M. ist nicht auf eine einfache Hyperfunction der vergrösserten Schilddrüse zu beziehen; dieser als „Thyreoidismus“ bezeichnete Zustand wird bei sonstigen Kröpfen nicht selten beobachtet und hat mit dem Krankheitsbilde des M. nur in Bezug auf gewisse Symptome, z. B. Tachycardie und Tremor, eine gewisse Aehnlichkeit. M. ist eine Krankheit sui generis, eine

*primäre Neurose.* Die Struma ist nicht Krankheitsursache, sondern ein den übrigen coordinirtes Symptom; nur dass die vergrösserte Schilddrüse wegen ihrer eigenthümlichen Rolle im Stoffwechsel eine verhängnissvolle Rückwirkung auf den erkrankten Organismus übt. Infolge der Hypertrophie der Drüse kommt es zur Hyperfunction, der Thyreoidismus gesellt sich secundär zur Neurose hinzu; die Schilddrüse wirkt also, indem der Thyreoidismus den ganzen Symptomencomplex steigert, wie ein Multiplicator, und wenn letzterer operativ wieder ausgeschaltet wird, so hat das natürlich den günstigsten Einfluss. Es giebt aber auch einen *secundären M.*, wo sich zu einer schon bestehenden Struma die Basedow-Symptome hinzugesellen. Es kann sich dabei um die verschiedensten Formen der Struma, selbst um Kropfcysten, handeln, die erst bei einer gewissen Volumenzunahme jene Symptome auslösen, wenn eine Disposition dazu beim Pat. latent vorliegt. Beim primären M. tritt die Vergrösserung der Schilddrüse gleichzeitig mit den anderen Symptomen ein; hier findet man immer dieselbe eigenthümliche Form einer derben, gleichmässigen Hypertrophie der ganzen Drüse.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur, Breslau 5. VII. 1901. — Allgem. med. Central-Zeitung 1901 No. 62).

**Scarlatina.** Einen Beitrag zur Virulenz des Scharlach-contagiums liefert Dr. Fr. Schmidt (Osten). Sein Fall zeigt — abgesehen von einer auffallend kurzen Incubationszeit ohne Prodromalsymptome — eclatant die grosse Gefahr der Scharlachinfection und ihre lange Möglichkeit, bedingt durch die lange Lebensfähigkeit des Contagiums. Eine Frau, I. para, machte eine leichte normale Geburt durch. Sie war zur Zeit der Entbindung vollkommen gesund. Am zweiten Tage post partum erkrankte sie mit Schüttelfrost, Fieber, Diarrhoë, Röthung am Thorax. An der hinteren Scheidencommissur ein ganz seichter, etwa 1 cm langer Riss mit missfarbenem, grau-weissem Belag. Natürlich musste hier die Quelle der Infection liegen, d. h. der vermutheten Sepsis! Aber schon Tags darauf erschien die Diagnose Sc. durchaus unzweideutig, und die Frau machte wirklich eine typische Sc. durch. Nun ergab sich auch die Infectionsquelle. Die Frau war intra partum auf das Betttuch ihres Mannes gelegt worden. Letzterer war, wie sich jetzt heraus-

stellte, als eingezogener Reservist etwa 7 Wochen vor seiner Entlassung im Militärlazareth an leichter Sc. behandelt, hatte die durchschnittliche Zeit leicht krank gelegen und wurde dann — ohne Reinigung seiner Haut — als „geheilt“ entlassen. Als die Frau entband, war er seit 4 Wochen entlassen und hier anwesend. Er wurde jetzt untersucht, und siehe da, seine Haut präsentirte sich noch als intensiv desquamirend, obwohl er schon ca.  $\frac{1}{4}$  Jahr vorher die Sc. acquirirt. Die Frau hatte sich also zweifellos an dem kleinen Riss eine unmittelbare Wundscharlachinfection zugezogen. Es war der einzige Fall von Sc. in der Gegend, also eine Infection durch Arzt und Hebamme völlig ausgeschlossen. Der Fall mahnt also den Arzt von Neuem zu äusserster Vorsicht bei jedem Falle von Sc. unter Würdigung der so lang anhaltenden, Wochen und Monate dauernden Infectionsmöglichkeit.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 20.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Zur

Behandlung des Puerperalfiebers macht Geheimrath Dr. Aufrecht (Krankenhaus Magdeburg-Altstadt) eine Mittheilung. Derselbe hatte schon längst herausgefunden, dass die Erreger der Pneumonie in naher Beziehung zur Entstehung des Puerperalfiebers ständen. Da nun Autor in den letzten Jahren mit *subcutanen Chinininjectionen* bei der croupösen Pneumonie sehr günstige Resultate erzielt und die Mortalität erheblich herabgesetzt hatte, lag es nahe, diese Therapie auch beim Puerperalfieber zu versuchen. Auch diese Versuche ergaben so gute Resultate, dass Autor diese Methode nur empfehlen kann, zumal in *Combination mit der schon früher eingehaltenen örtlichen Behandlung*. Bisher wurden alle Fälle von puerperaler Endometritis mit *intrauterinen  $2\frac{1}{2}\%$ igen Carbolspülungen* behandelt (zwei bis drei Mal in 24 Stunden, sobald die Temp.  $39^{\circ}$  erreicht), von denen Autor nie Nachtheile sah, wenn 2 Momente beachtet wurden: 1. Die *Spülflüssigkeit* sei *warm* (kalte führt leicht zu Collaps!), auf  $28-30^{\circ}$  R. gebracht. 2. Man benütze einen *zweckentsprechenden Uterus-Katheter\**, bei dem für Abfluss der

\*) Autor liess sich nach der Beckenkrümmung geformte kleinfingerdicke gläserne, vorn mit 2 kleinen Oeffnungen, aussen in der Längsrichtung mit tiefer Rinne versehene anfertigen bei Hörold, Magdeburg, Breite Weg 188, in Stärke von 10 resp. 15 mm (Preis M. 1).

Carbollösung aus dem Uterus gesorgt ist. Dieser Behandlung hat nun Autor die subcutane Chinin-Anwendung hinzugefügt. In allen Fällen, wo nach der Entbindung der Befund an der Schleimhaut der Vagina oder der Vaginalportion des Uterus, das Verhalten der Lochien, das Fieber, die etwaige Empfindlichkeit des Leibes die Diagnose Endometritis puerperalis rechtfertigen, wird selbst bei geringem Fieber eine Carbolausspülung des Uterus und eine subcutane Chinininjection vorgenommen. Die Ausspülungen werden nach den oben erwähnten Indicationen wiederholt, Chinininjectionen brauchte Autor meist nur je ein Mal an 2—3 aufeinanderfolgenden Tagen zu machen. Man ordinirt eine *Lösung von Chinin. hydrochloric. in Wasser 1:34*. So löst es sich in der Wärme und bleibt nach dem Erkalten gelöst (man verbiete also dem Apotheker Zusatz von Säuren!) — Zur Application von  $\frac{1}{2}$  g Chinin sind also 17 g Flüssigkeit zu injiciren, am besten mit einer Ballonspritze. Vorzüglich sind die Luer'schen Spritzen, aber sie sind theuer und brechen ebenso gut wie andere Glasspritzen. Da sie meist nur 10 g fassen, voluminösere auch minder bequem sind, ist Nachfüllen nöthig; man lasse sich die Canüle daher mit Hahn versehen, damit während des Nachfüllens nichts aus dem Unterhautbindegewebe zurückfliessen kann. Wenn man unmittelbar vor der Einfüllung der Chininlösung in die Spritze diese mit Carbol durchspült, so scheiden sich Krystallnadeln von Phenol-Chininhydrochlorid aus; war der besseren Desinfection wegen nach dem Auskochen der Spritze noch Carbol benützt, muss man also mit Borsäure nachspülen. Geeignetste Applicationsstelle: Seitentheile des Abdomens. Neben dieser Behandlung auch symptomatische, z. B. gegen Erbrechen oder starke Schmerzen Morphininjectionen. Alkohol principiell wendet Autor nicht an, nur bei Schwäche und Collaps giebt er solchen.

(Therap. Monatshefte, Mai 1901.)

- Einen Fall von Paralyse der Placentar-Insertionsstelle erlebte Dr. A. Gerlach (Lauchheim). Eine Art sehr gefährlicher, zum Glück aber sehr seltener Blutungen post partum tritt dann ein, wenn die Stelle der Placentarinsertion sich von der Contraction der Uterusmusculatur ausschliesst. Normaler Weise schon verdickt sich ja die Placentarstelle während der Geburt nicht in gleichem

Maasse, wie die übrige Uterusmusculatur, und wenn nach der Geburt die Placenta adhaerent bleibt, so bleibt auch der ihr entsprechende Theil der Wand dünn. Dieser Wandtheil nun kann, wenn er sich auch nach Ausstossung der Placenta noch von der Contraction ausschliesst, von dem sich ringsum contrahirenden Parenchym in die Gebärmutterhöhle hineingedrängt werden; er wird daher innen als eine kolbige Geschwulst hervorragen, während äusserlich eine Einsenkung der Uteruswand wahrnehmbar ist: das ist die „Paralyse der Placentarstelle“, die, während unvollständige Lähmungen der Placentarstelle, die natürlich ebenfalls Anlass zu profusen Blutungen geben, wohl häufiger vorkommen, recht selten ist und auch wegen Mangels eines deutlichen objectiven Befundes in vivo schwer diagnosticirt werden kann. In dem Gerlach'schen Falle jedoch war der Befund besonders deutlich in die Augen fallend. Es handelte sich um eine 21jährige I para mit etwas engem Becken, bei der das leicht asphyktische Kind mit der Zange geholt wurde. Einige Minuten nachher kommt die Placenta spontan, hinterher ziemlich viel flüssiges Blut. Massage der Gebärmutter, sie bleibt weich, es blutet weiter. Placenta erscheint vollständig, inmitten aber ein weisser grosser Infarct. Trotz ständiger Massage blutet es weiter. Heisse Lysolscheidenspülung. Uterus contrahirt sich gut, einen Augenblick steht die Blutung, dann erscheint sie wieder in dünnem Strahl, fast etwas spritzend. Keine äussere Verletzung; Blutung kommt aus dem Muttermund. Während Autor den hart erscheinenden Uterus von aussen her ins Becken drängt, fühlt er durch die sehr dünnen Bauchdecken *links und hinten eine fast trichterförmige Einsenkung des Uterusparenchyms*. Manuelles Eingehen in die Uterushöhle. Wand *glatt, nur links und hinten eine schwammige, tumorartige Masse, die genau der äusseren Einsenkung entspricht* und sich vom vordringenden Finger gegen die aussen in der Einsenkung befindliche Hand vordrängen lässt. Massage dieser Stelle über dem eingeführten Finger ohne Erfolg, heisse und darauf folgende kalte Gebärmutterspülung ebenfalls. Pat. fast pulslos. Rasch Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze, Scheidentamponade, Ergotininjectionen, Kochsalzinfusionen. Puls hebt sich, Gebärmutter gut contrahirt, eingezogene Stelle noch deutlich fühlbar. Etwa 40 Minuten nach Einführ-

ung der Tampons tropft Blut aus dem Scheidentampon. Uterus hart, Einsenkung noch vorhanden. Herausnehmen der Tampons, heisse Ausspülung, die Blutcoagula herausbefördert. Es blutet weiter. Einführung von in *Eisenchloridlösung* (āā mit Wasser) getränkten Tampons in den Uterus, Scheidentamponade. Keine Blutung mehr. Mehrfache Bleibeklystiere mit Kochsalzlösung. Puls bessert sich, Temporalis normal. 24 Stunden nach der 2. Tamponade Herausnahme der Tampons, keine Blutung. Heisse Spülung befördert schwarze Coagula hinaus. Eingesunkene Stelle am Uterus kaum noch nachweisbar. Blutung kommt nicht wieder, Zustand wird bald normal.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 11.)

- In puncto **Dammschutz** giebt Dr. Häberlin (Zürich), gestützt auf 11jährige Erfahrungen, folgende Rathschläge: In jedem Falle, wo wirklicher Dammschutz nothwendig ist, muss die Frau in Seitenlage, und zwar am besten linke Seitenlage gebracht werden, die Oberschenkel durch ein Kissen oder Assistenz auseinandergehalten. Der Steiss kommt an den Bettrand, sodass der linke Arm des Arztes oder der Hebamme bequem zwischen den Oberschenkeln von oben her durchgreifen kann. Der Geburtshelfer vergesse nicht, selbst festen Stand zu nehmen, denn Ausgleiten in gegebenem Momente kann einen Riss bedingen. Die linke Hand soll im Allgemeinen das Fortschreiten des Kopfes überwachen, die rechte Hand übernimmt den eigentlichen Dammschutz. Man soll den Kopf möglichst langsam durchschneiden lassen. Im Ganzen pressirt man zu sehr. Ist das Kind nicht in Gefahr, soll man wirklich langsam operiren. Die l. Hand hält zurück, sobald der Saum ad maximum gedehnt ist und wird dabei wirksam von der r. Hand unterstützt, welche den hinteren Umfang des Saumes umgreift, den Daumen auf der einen, die anderen Finger auf der anderen Seite, aber stets den Rand freilassend. Es heisst nun gewöhnlich, man dürfe ja nicht die Dehnung des Saumes künstlich unterstützen. Autor hat von folgendem Verfahren nie Schaden gesehen, wohl aber manche Oeffnung schonend erweitert: In der Wehenpause zieht die r. Hand den Saum langsam über den Kopf weg, wie den Strumpf über eine Strumpfkugel. Die hintere Hälfte der Scheidenöffnung ist oft schon ad maximum gedehnt, wenn vorn noch Weichtheile vorrätzig

sind. Da gilt es, durch streichende Bewegungen mit der l. Hand dies Gewebe nach hinten zu führen; aber noch wichtiger ist es, die weitere Dehnung der hinteren Hälfte zu vermeiden, indem man mit Daumen einerseits und dem Zeige- und Mittelfinger andererseits 2 Punkte gegen den Schädel andrückt und zugleich die Weichtheile nach der Mitte zu zusammenpresst. Diese Aufgabe ist wohl die wichtigste und muss gelegentlich bis zur Erschöpfung der Kräfte der r. Hand durchgeführt werden. Um den Durchtritt des Kopfes in der Wehenpause zu ermöglichen, hat Kristeller den Druck von oben auf den Fundus, Olshausen den Mastdarmgriff, Rittgen den Hinterdammgriff anempfohlen. Der erstere ist nicht sehr wirksam, kann die Nachgeburt vorzeitig lösen, bedingt das Loslassen einer Hand vom Kopf, der zweite lässt sich mit den Forderungen der Asepsis nicht vereinen, verursacht Verletzungen des Mastdarms, und beim dritten muss die r. Hand, deren wichtige Aufgabe oben geschildert, die Lage wechseln. Olshausen und Rittgen wirken auf den Kopf, hinter seinem grössten Durchmesser ansetzend. Dies kann aber noch auf folgende Weise geschehen, ohne dass die r. Hand ihre Lage verändert: Man drückt mit dem r. Kleinfingerballen den Schädel nach vorne, wenn der Kopf kurz ist, oder die den Saum zangenförmig umgreifende r. Hand gleitet etwas nach hinten, bis sie hinter den grössten Schädelumfang kommt. Drücken dann die Finger seitlich zusammen, so schieben, pressen sie den Kopf nach vorn. Sind auch die Finger dabei etwas vom Saume entfernt, so sind sie doch so nahe, dass sie jederzeit, bei zu starker Anspannung des Dammes an ihre frühere Stelle zurückkehren können, um den Kopf zurückzuhalten. Es ist überraschend, wie sicher man dabei den Kopf in der Hand hat. Aus diesem Grunde nimmt Autor auch die Zangenlöffel frühzeitig ab und riskiert nicht, wegen Steckenbleibens sie nochmals anlegen zu müssen, was übrigens weniger unangenehm ist, als ein Dammriss. Das Verfahren ist also kurz folgendes: Mit der *linken Hand* hält man während der Wehe den Kopf zurück und dehnt in der Wehenpause die vorderen Weichtheile und schiebt sie nach hinten. Mit der *rechten Hand* verhindert man die übermässige Ausdehnung des Dammes, indem man zangenförmig die hintere Hälfte der Vulva umgreift, dehnt den Saum in der Wehenpause durch Zurückziehen über den

Kopf, hält während der Wehe den Kopf zurück und drängt ihn in der Wehenpause nach vorne durch Einwirkung des Druckes hinter dem grössten Schädelumfang.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1901 Nr. 14.)

**Syphilis.** Ueber extragenitale Infection an den Lippen lässt sich Dr. Lieven (Aachen) aus. Die Erkennung des extragenitalen Lippenschankers ist keineswegs immer eine leichte Sache; derselbe hat in der Regel gar keine Aehnlichkeit mit dem genitalen und variirt so ausserordentlich in seinem Verhalten, dass man seine verschiedenen Formen gar nicht für dasselbe Leiden halten möchte. Meist werden daher Lippensklerosen zu spät erkannt, was wegen der socialen Gefahren unerkannter Primäraffecte sehr bedauerlich ist. Die Ansteckungswege liegen hier klar auf der Hand, doch erwähnt Autor noch einen Infectionsmodus. Er behandelte jüngst die junge Gattin eines Juristen, die einen Lippenschanker dadurch acquirirte, dass die Köchin ohne ihr Wissen mit demselben Löffel von der Suppe gekostet hatte, den die Herrin nachher gebrauchte. Auch die Ansteckung durch Trinkgeschirre ist in der Küche unter gleichen Verhältnissen leicht möglich; wir wissen zwar, dass man im Stande ist, Glas durch Abreiben steril zu machen, aber bei Rissen und Sprüngen an Gläsern, die man doch in keiner Haushaltung gleich entfernt, kann sehr leicht etwas vom Secret des Trinkenden haften bleiben. Eine weitere Quelle bilden Kindermädchen durch Küssen der Kinder und Päppeln mit einem in ihrem Munde auf die richtige Temperatur gebrachten Bissen. Nun zur Erkennung des Lippenschankers, der ja freilich im Princip die Cardinaleigenschaften des Schanker besitzt: die kreisrunde oder ovale Contour, die Induration und die begleitende Drüenschwellung. Aber diese Eigenschaften werden an der Lippe durch die Eigenart der befallenen Gewebe und Anderes meist so modificirt, dass sie oft schwer zu erkennen sind. Es giebt 3 Formen der Lippensklerose: den *erosiven*, den *Krusten-* und den *ulcerösen* Lippenschanker. Der *erosive* bildet manchmal eine äusserst unscheinbare Affection in Form eines kreisrunden oder ovalen Fleckens, die meist überhaupt nicht an S. erinnert. Man hat das Aussehen mit jener bei Cigarettenrauchern nicht gerade seltenen Verletzung verglichen, die durch Haftenbleiben eines



Stückchens Papier entsteht, indem der Raucher dasselbe gewaltsam unter Abreissen eines Fetzens Epithel entfernt. Die schankröse Stelle ist fleischfarben, roth, wie roher Schinken; die Induration ist nur sehr selten ohne Weiteres erkennbar, man fühlt sie erst, wenn man das befallene Lippenstück zwischen die Finger nimmt und es rollt, als dünne Schicht indurirten Gewebes etwa von der Dicke eines Stückes Pergament (daher „Pergamentschanker“, Induration parcheminée). *Krustenschanker* findet sich besonders da, wo der Primäraffect auf die gewöhnliche Oberhaut hinübergreift. Er wird oft sehr gross (bis Thalergrösse); die dicke, ihn bedeckende Kruste ist nicht selten aus mehreren Schichten zusammengesetzt, wodurch er einer Rupiaeruption sehr ähnlich werden kann. Farbe tiefbraun, manchmal schwarz. Der *ulceröse* Schanker, meist einen vernachlässigten Folgezustand des anderen darstellend, charakterisirt sich dadurch, dass die hier stark entwickelte Härte eitrig einschmilzt, wodurch ein auf den ersten Blick zu den ärgsten Befürchtungen Anlass gebendes Geschwür entsteht; der Umstand aber, dass sich das Ulcus auf Kosten der neugebildeten Induration bildet und selten in das eigentliche Lippengewebe hineinreicht, bringt es mit sich, dass die schliessliche Narbe ebenso wie bei den anderen Formen kaum sichtbar ist. In den ersten 8 Tagen nach Beginn der Sklerose entsteht in der Regel der *Bubo*, der so gut wie stets auf das submentale Dreieck beschränkt bleibt im Gegensatz zu den Rachensklerosen, wo er gewöhnlich hinter dem M. sternocleidomastoideus sitzt. Bei der Würdigung der *Differentialdiagnose* muss man stets die drei Cardinalsymptome im Auge behalten, wobei man freilich daran denken muss, dass Härte durch Maltraitirung der afficirten Stelle mit Causticis u. dgl. künstlich producirt sein kann, weshalb man vor Stellung einer definitiven Diagnose sich über event. vorausgegangene Behandlung orientiren muss. Diejenige Form, die am häufigsten unerkannt bleibt, ist die erosive. Bei der *Cigarettenverletzung* (s. oben) ist es Zufall, wenn sie kreisrund ist, auch bleibt stets der Bubo aus. Ausserdem kann nur noch der *Herpes labialis* in Betracht kommen, der allerdings, weil oft vor Abheilen der 1. Eruption eine 2. frische entsteht, und weil bei oberflächlichem Zusehen die Contouren rund sind, schliesslich, weil durch Touchiren, Kratzen etc. Reizung und Induration auftreten kann,

manchmal wirklich schwer zu unterscheiden ist, zumal ja mechanische Insulte und andere Reize auch noch Schwellung der nächsten Drüsen hervorrufen können. Doch kann man mit der Lupe feststellen, dass die Herpeseruption keinen glatten Rand hat, sondern einen aus winzigen Kreissegmenten gebildeten, der aus einzelnen kreisrunden, geplatzten Herpesbläschen entstanden ist. Dazu kommt, dass bei S. der sich entwickelnde Bubo indolent ist und fast nie eitert. Der Bubo ist auch sonst diagnostisch wichtig; die manchmal in forensischer Hinsicht nicht unwichtige Frage, wo der inzwischen vielleicht abgeheilte Schanker gesessen haben kann, lässt sich nachträglich oft noch aus der Localisation der Bubonen diagnosticiren: ihr Sitz vor dem M. sternocleidomastoideus spricht für Lippenschanker, hinter ihm für Pharynxschanker. Die *Prognose* des ersteren ist eine gute, indem er meist mit sehr gutem kosmetischem Resultate abheilt. Die *Behandlung* (energische Allgemeinbehandlung) leite man sofort ein, wenn man den Schanker findet, und warte nicht die Allgemeinerscheinungen ab.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 25.)

- Einen ungewöhnlichen Fall von S., an Lichen ruber erinnernd, beobachtete Dr. W. Kopytowski (Warschau, St. Lazarus-Hospital). Es consultirte ihn eine Frau mit einem offenbaren Ulcus durum. Die Frau giebt an, dass ihr Mann seit  $\frac{1}{2}$  Jahr an einem juckenden Ausschlag leide, der von verschiedenen Aerzten behandelt worden sei (meist als Krätze!), aber nicht wiche. Autor liess sich den Mann kommen und fand Folgendes: Der ganze Körper von einem Exanthem in Gestalt von senfkorn- bis handtellergrossen Efflorescenzen bedeckt. Die grösseren unregelmässig geformt, an den Rändern gezackt. An den Rändern mancher Flecke vereinzelte Knötchen, ein Beweis, dass diese aus solchen Knötchen sich gebildet haben. An den ergriffenen Stellen Haut stark verdickt, dunkelbraun, erhebt sich bedeutend über die gesunde Umgebung, ist stellenweise mit weisslichen Schüppchen bedeckt, trocken. Die grössten Efflorescenzen hinten in der Lendengegend, kleinere an der Brust, den seitlichen Thoraxparthieen, Bauch und unteren Extremitäten. Am Thorax 5 grössere Efflorescenzen, die kleineren zahlreich allenthalben mit Ausnahme der oberen Extremitäten, wo das Exanthem

die kleinsten Flecke bildet. An den Händen zumeist die volare, an den unteren Extremitäten gleichmässig beide Seiten afficirt. Bei näherer Besichtigung der zahlreich über obere Extremitäten und Bauchhaut zerstreuten kleinen Efflorescenzen bemerkt man, dass dieselben vereinzelt, oft weit von einander entfernt liegen; dieselben treten in Gestalt flacher (abgeschnittener) senfkorn- bis bohnergrosser Kegel auf, erheben sich unbedeutend über die Hautoberfläche, sind rosagelb gefärbt und glänzen, gegen das Licht betrachtet, wie eine geglättete Fläche gelben Wachses. Diese Kegel zeigten also die Tendenz, zusammenzufliessen und zuweilen beträchtliche Inseln zu bilden, wobei sie braunroth wurden und sich mit kleinen weisslichen Schüppchen bedeckten. Lymphdrüsen überall stark geschwollen, die grössten Paquete in den Leistenbeugen und den seitlichen Halsparthien. Pat. klagte über allgemeines Jucken, das ihm die Nachtruhe störte, über häufige Kopfschmerzen und Appetitmangel. Die Gegenwart vereinzelter Efflorescenzen in Gestalt glänzender, gelbrother, wachsartiger, flacher Kegel, welche sich später mit weissen Schuppen bedeckten und stark juckten, führte den Autor zur Diagnose Lichen ruber, wogegen freilich die allgemeine, schmerzlose Lymphdrüsenanschwellung sprach. Einleitung einer Arsencur. Unterdessen bekam aber die Ehefrau unzweifelhafte Zeichen von S. (Roseola, Periostitis, Haarausfall etc.), weshalb auch beim Manne eine Hg.-Injectioncur begonnen wurde. Schon nach wenigen Injectionen begann die Resorption der Efflorescenzen und bald verschwand das Exanthem vollständig. Lichenartige Ausschläge im Frühstadium der S. wurden bisher nicht beschrieben. Wäre die Frau des Pat. nicht inficirt worden, so wäre dessen Leiden wohl noch lange Zeit unerkant geblieben!

(Dermatolog. Centralblatt 1901 No. 9.)

- **Diabetes insipidus in Folge von S.** wurde schon mehrfach beobachtet. Auch Prof. v. Zeissl schildert jetzt einen Fall. Die 46jähr. Pat. leidet seit 1892 an S., seit 1901 an Diabetes. In der ersten Zeit mehrfach antiluetisch behandelt, suchte sie von 1894 bis 1901, trotzdem sie durch oberflächliche Erosionen an der Zunge oft belästigt wurde, ärztliche Hülfe nicht auf. Erst als im Januar 1901 noch Vermehrung der Harnmenge und heftiges

Durstgefühl sich zeigten, das die Nachtruhe störte, kam sie, und notierte Autor am 27. III. 1901 folgenden Befund: An der unteren Fläche der Zunge ebenso wie an beiden Rändern derselben stecknadelkopf- bis linsengrosse, oberflächliche, speckig belegte Geschwüre, am Zungenrücken mehrere opalescirende Verdickungen des Epithels; an der Rückenhaut, 10 cm über dem Darmbeinkamm, in Ausdehnung eines Fünfkronenstückes, ein gruppirtes, mit Krusten bedecktes, kleingummöses Syphilid. Pat. klagt über heftig quälendes Durstgefühl, sie trinkt colossal, Nachts  $1\frac{1}{2}$ —2 Liter, und urinirt sehr häufig. Im Harn kein Zucker. Intramusculäre Injection von 0,03 Quecksilbersuccinimid, Jodkali  $1\frac{1}{2}$  g pro die in Pillenform, ein adstringirendes Mundwasser. Vom 27.—29. III. wurden in je 24 Stunden  $5\frac{1}{2}$  L. Harn entleert; specif. Gewicht 1,008, geringer Eiweissgehalt, kein Zucker. Am 31. III. Geschwürchen an der Zunge haben sich gereinigt, die epithelialen Trübungen sind verschwunden, die Krusten von den Hautgummen lösen sich ab, die Gummata sinken ins Hautniveau zurück. Tägliche Harnmenge  $3\frac{1}{2}$  L., Durst geringer; Pat. fühlt sich wohler und braucht Nachts nurmehr halb so viel Wasser zu trinken, als die Woche vorher. Injection von 0,04 des Hg.-Präparates. Am 8. IV. kommt Pat. wieder. Harnmenge in 24 Stunden 2 Liter. Nachts werden nur 200 ccm getrunken. Geschwüre an der Zunge verheilt, auch die Gummata involviren sich immer mehr. Da sich Pat. den Magen überladen, wird keine Injection gemacht, Jodkali ausgesetzt, 8 Tage Pause gemacht. Während derselben wieder starkes Durstgefühl, Harn steigt auf 6 Liter. Am 13. IV. wieder Injection. Schon am nächsten Tage weniger Durst, bis zum 4. VI. sinkt die Harnmenge auf  $1\frac{1}{2}$  L. Also zweifellos günstige Beeinflussung der Polyurie und Polydipsie durch die specif. Behandlung, sodass ein Zusammenhang zwischen der S. und dem Diabetes zweifellos besteht und vollständige Heilung zu erhoffen ist. — Was die Hg.-Therapie anbelangt, so beschreibt Autor:

Rp. Hydr. succinimid. 5,0  
Cocain. pur. 3,0  
Aq. dest. 100,0.

Das Cocain wird langsam in die warm zubereitete Hg-Lösung eingetragen. Man beginnt mit 0,03 Succinimid,

injcirt 5 Tage später 0,04 und nach 8 Tagen 0,05 jeden 8. Tag. Man muss so bis zur vollen Dosis von 0,05 allmählig ansteigen, weil sonst mitunter unangenehme Erscheinungen sich zeigen (manchmal macht schon 0,03 Diarrhöe). Die Schmerzen sind bei Cocainzusatz gering. Das Präparat wird sehr rasch resorbirt, doch lässt es sich noch 6 Wochen nach Abschluss der Cur im Harn nachweisen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 19. IV. 1901. —  
Wiener med. Presse 1901 No. 32.)

- **Ischias syphilitica** scheint gar nicht so selten vorzukommen. Dr. F. Mendel (Essen a. Ruhr) hat unter 12 Fällen von Ischias in den letzten 3 Jahren 3 auf S. beruhende beobachtet, die er durch eine *Injectionscur mit Hydr. salicyl.* (Inunctionen, Jodkali blieben wirkungslos!) sehr rasch heilte. Im 1. Falle z. B. liessen schon nach der 1. Injection die Schmerzen, die seit 3 Monaten äusserst heftige waren, bedeutend nach, und nach 5 Injectionen war Pat. geheilt. Aehnlich auch in den beiden anderen Fällen. Das klinische Bild der Erkrankung unterschied sich in nichts von dem einer gewöhnlichen Ischias.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 27.)

- Ueber **Injectionscuren** bei S. lässt sich Dr. M. Stern (München) aus. Die Injectionscuren haben vor anderen viele Vorzüge: Sicherheit der Wirkung, schneller Eintritt derselben, Reinlichkeit der Application, genaue Kenntniss über die in den Organismus eingeführte Quecksilbermenge, kürzere Dauer der Behandlung, Möglichkeit der Geheimhaltung der letzteren, der Ausführung auch bei Hautaffectionen, die eine Schmiercur nicht zulassen u. s. w. Freilich haben die Injectionen auch gewisse Nachtheile, namentlich diejenigen mit unlöslichen Präparaten. Dasjenige Mittel, das Autor am häufigsten verwandte, und welches nach seiner Erfahrung für den täglichen Gebrauch des prakt. Arztes, trotz der ihm ebenfalls anhaftenden Mängel, am geeignetsten erscheint, ist *Sublimat*, nach Lassar verordnet:

Rp. Hydr. bichlorat. 1,0 (2,0 bei Männern)  
Aq. dest. 100,0 Coque, adde  
Natr. chlorat. 3,0 (6,0)  
Coque, filtra.  
S. Zu Händen des Arztes.

Bei 78 Fällen hat Autor diese Sublimatcur völlig (d. h. mit 25—30 Einspritzungen) durchgeführt. Der jüngste Pat. war 17, der älteste 60 Jahre alt (letzterer Fall lehrte, dass bei Greisen das Allgemeinbefinden stark leidet, sodass man mit roborirender Diaet und Tonicis unterstützend eingreifen muss). Es wurden *Recidive weit seltener* beobachtet, als nach der Schmiercur. Freilich kamen auch Fälle vor, wo weder die Schmiercur, noch Sublimat- und Salicylquecksilberinjectionen das wiederholte Auftreten von Recidiven zu verhindern im Stande waren. Es giebt also hartnäckige Formen, die auch der Injectionscur trotzen. Merkwürdigerweise gelang es bei 2 solcher Fälle, durch die innerliche Darreichung einer Mischung von Hg und Jodkali endgiltige Heilung zu erzielen:

Rp. Hydrarg. bijodat. 0,5

Kal. jodat. 3,0

Aq. dest. 30,0

S. 3 Mal tägl. 15 Tropfen zu nehmen.

Doch gewährt oft die Sublimatcur jahrelange Recidivfreiheit. So verfügt Autor über 2 Fälle, die jetzt 9 resp. 8 Jahre recidivfrei sind. Diese beiden Pat. wurden bereits zur Zeit des Primäraffects injicirt, und Autor streift deshalb die Frage: *Wann ist die Allgemeinbehandlung zu beginnen?* Es stehen sich hier bekanntlich 2 Richtungen gegenüber. Die eine will eine Behandlung erst dann zulassen, wenn ausgesprochene Symptome einer Allgemein-erkrankung vorliegen. Man solle sein Pulver nicht vorzeitig verschiessen, man solle durch das Aufschieben der Allgemeinbehandlung die natürliche Reaction des Körpers mit ausnützen, während durch vorzeitige Quecksilbergabe dieselbe, die ja oft an sich nicht sehr energisch sei, verzettelt und auch die Diagnose verschleiert werde. In leichteren Fällen kann man ja ruhig demgemäss handeln; wenn es sich aber um tiefe, fressende Geschwüre handelt, die dem Körper dauernden Schaden zuzufügen drohen, sollen wir da abwarten, bis der Schaden ein irreparabler ist, oder sollen wir nicht lieber gleich dem Feinde gegenüber treten durch einige Injectionen, die vielleicht gar die natürliche Reaction des Körpers noch mehr anregen und dabei, sorgfältig ausgeführt, keinerlei Schaden herbeiführen können? Zu Sublimatinjectionen genügen gewöhnliche Pravaz'sche Spritzen und Nadeln. Die Glutaealgegend wird erst mit Alkohol, dann mit Sublimat gereinigt, dann

3\*

die desinficirte (5% Carbol) Nadel gerade in die Musculatur rasch eingestochen (damit ist die Sache fast schmerzlos!), die Spritze wieder herausgezogen, ein paar Minuten abgewartet, ob etwa Blut aus der Nadel fliesst (hat man ein Gefäss angestochen, wählt man eine andere Stelle!), sodann die Flüssigkeit ganz langsam injicirt, darauf die Nadel entfernt, dann die Stelle energisch massirt. Manchmal kommt es freilich zu schmerzhaften Infiltraten, Abscedirung sah Autor aber nur ein Mal, Stomatitis sehr selten, Embolie nie. Die Procedur wird jeden 2. Tag ausgeführt, bis 25—30 Injectionen gemacht sind. Frauen vertragen die Injectionen Anfangs zuweilen nicht ganz gut, sie bekommen Uebelkeit, Unbehagen, Schwäche, was aber nach einigen Injectionen meist verschwindet. Jedenfalls bilden diese Injectionen ein relativ unschädliches, dabei sehr werthvolles Mittel gegen S., neben dem erst in 2. Linie, wenn äussere Gründe sie verbieten, die Injectionen von *salicylsaurem Quecksilber* (1:10 Paraffin. liq.) in Betracht kommen, bei denen man aber mit kleinen Dosen ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Spritze) beginnen muss. Auch die Einreibungscur wird ja manchmal nicht zu umgehen sein, doch sollte man wenigstens unter folgenden Umständen jederzeit den Injectionen den Vorzug geben:

1. Wenn sonstige Erkrankungen der Haut oder der Verdauungsorgane die Anwendung der Schmiercur oder Pillen nicht zulassen;
2. In Fällen von schwerer S., wenn wichtige Organe ergriffen sind, und es sich darum handelt, rasch und energisch einzugreifen;
3. Wenn es gilt, eine zweifelhafte Diagnose aufzuklären;
4. In denjenigen Fällen, wo die anderen Hg-Präparate schon vergebens angewandt worden sind — bei wiederholten Recidiven — und schliesslich
5. Abwechselnd mit anderen Methoden bei der intermittirenden Behandlung.

*Discussion:* Kopp wendet seit vielen Jahren ausschliesslich *Hydrarg. salicyl.* in Paraffin (1:10) an und ist damit sehr zufrieden. Die curativen Erfolge sind sehr gute, unangenehme Nebenwirkungen äusserst selten. Der Vortheil der Bequemlichkeit dabei für die Pat., dass sie nur alle 8 Tage zu erscheinen brauchen, ist so wichtig, dass Autor nur dann auf die Methode verzichten möchte, wenn sie besondere Nachtheile hätte. Sie hat nur den

Nachtheil, dass man, sobald man in eine Vene sticht eine Paraffinembolie erleben kann. Das lässt sich aber sicher vermeiden, wenn man nach Einstich der Nadel vor Entleerung der Spritze erstere controllirt; entleert sich aus dem äusseren Ende der Hohnadel etwas dunkles Blut, so ist eine andere Stelle zu wählen. Freilich liefert auch die Sublimattherapie vortreffliche Resultate, und auch Autor macht unter Umständen, z. B. wenn man recht rasch wirken muss, davon Gebrauch; aber an allererster Stelle dieses Präparat hinzustellen, dazu ist man keineswegs berechtigt. — Jooss empfiehlt, da er die vorkommenden Lungenembolien bei Injectionen mit Hydrarg. salicyl. auf das Suspensionsvehikel Paraffin zurückführt, folgende Mischung, seit deren Benützung er weder Embolien, noch Infiltrationen, Abscesse etc. beobachtete:

Rp. Hydrarg. salicyl. 5,0

Glycerin. q. s. ad suspens.

Sol. aquis. Sublimati ( $1^0/_{00}$ ) ad 50,0

S. Alle 5—10 Tage  $1\frac{1}{2}$ —1 Spritze.

(Münchener Aerztl. Verein 17. IV. 1901. —  
Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 27.)

**Tetanus.** Ein aetiologisch interessanter Fall wurde von Dr. Süss mitgetheilt. Derselbe obducirte einen 54-jähr. Mann, der klinisch das typische Bild eines schweren T. geboten hatte. Es fand sich äusserlich weder eine offene Verletzung, noch Residuen einer solchen; auch anamnestisch wurde jede Verletzung verneint. Es fanden sich aber die Zeichen eines *acuten Darmkatarrhs* und neben der gewöhnlichen Darmflora Bacillen, die den Tetanusbacillen glichen. Die Verimpfung der Bouilloncultur des Darminhaltes ergab bei Maus und Meerschweinchen typischen T. mit Tod am 2.—4. Tage, sodass zweifellos *die im Darmschleim gefundenen Bacillen solche von T. waren* und die *Darmschleimhaut als Infektionsporte* in dem genannten Falle anzusehen war, zumal solche im Respirationstractus fehlten und eine offene Verletzung nicht vorlag. Jedenfalls hatte die durch eine andere Schädlichkeit gesetzte Läsion der Darmschleimhaut die Resorption des Giftes vom Darm aus ermöglicht. In der Litteratur finden sich 2 Fälle, wo im Darmschleim Tetanusbacillen gefunden wurden: ein Mal lag acuter Darmkatarrh, ein Mal eitrige Perityphlitis vor. Bei



gesundem Darmcanal fand Pazzini bei Stallknechten in ca. 30 ‰, bei Bauern in ca. 2 ‰ in den Faeces Tetanusbacillen. Sehr häufig entdeckt man solche in den Faeces von Pferden. Dass die Virulenz des Tetanusgiftes im Darm nicht gestört wird, ist ebenfalls bewiesen; das Tetanusgift ist im intacten Magendarmcanal sogar in grossen Dosen unschädlich, was freilich nicht die Möglichkeit ausschliesst, dass in Fällen, wo das Darmepithel durch irgend eine Noxe geschädigt ist, von hier aus Resorption stattfindet, und, wie oben, eine *enterogene Infection* zu Stande kommt. Künftighin, wenn sich die Aufmerksamkeit der Obducenten auf dieses Vorkommen richtet, dürften sich manche Fälle von „rheumatischem“ T. so erklären lassen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 15. III. 1901. — Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 12.)

**Tuberculose.** Ueber *Meningitis tuberculosa* bei T. des männlichen Genitalapparates lässt sich Dr. M. Simmonds (Hamburg, Allgem. Krankenhaus St. Georg) anlässlich eines einige Tage vorher secirten Falles aus. Ein 24-jähr. Pat. starb unter meningitischen Erscheinungen, welche im Hinblick auf gleichzeitig bestehende Lungenveränderungen als tuberculösen Ursprungs aufgefasst wurden. Die Section bestätigte die Diagnose. Ausgebreitete tuberculöse Meningitis, T. der Lungen, sowie folgende Erkrankung des Urogenitalapparates: Die eine Samenblase in eine fingerdicke, mit käsigen Massen erfüllte Wurst verwandelt, die nicht vergrösserte Prostata durchsetzt von kleinen Käseherden, auf der Harnblasenschleimhaut mehrere kleine Ulcerationen, die sich histologisch als tuberculös erwiesen, endlich auf der Nierenbeckenschleimhaut ein grösseres, mit käsigen und verkalkten Massen besetztes Geschwür, dessen Verhalten die Annahme nahelegt, dass hier die älteste Localisation der T. des Urogenitaltractus zu suchen ist, und dass erst secundär Harnblase, Prostata und Samenblase erkrankten. Es ist dieser descendirende Verlauf nach des Autors Erfahrungen der weit seltenere, in der Mehrzahl der Fälle liegt ascendirende T. vor, indem zuerst Nebenhoden oder Samenblase oder Prostata, secundär dann Harnblase und Nieren erkrankten. Auf das überraschend häufige Zusammentreffen von tuberculöser Meningitis mit Genitaltuberculose beim Manne, speciell mit käsigen Processen

in Prostata und Samenblasen, hat Autor schon vor 15 Jahren aufmerksam gemacht, und seine späteren Erfahrungen haben dies immer wieder bestätigt. Unter 60 Männern, die auf dem Sectionstische tuberculöse Veränderungen der Geschlechtsorgane erkennen liessen, traf er 19 Mal auch tuberculöse Meningitis an. Ferner zeigte sich bei einer Zusammenstellung der Fälle von Meningitis tuberculosa aus den letzten 5 Jahren, dass diese 37 Kinder, 8 Frauen, und 35 Männer betrafen; von letzteren waren nun 16 mit Genitaltuberculose behaftet. Fast die Hälfte der an Hirnhauttuberculose verstorbenen Männer hatte also eine ältere tuberculöse Erkrankung der Geschlechtsorgane, speciell der Prostata und Samenblasen, während bei phthisischen Männern in kaum 10% der Fälle Genitaltuberculose angetroffen wird. Diese Zahlen deuten zweifellos auf nahe Beziehungen zwischen der Meningitis und der Genitaltuberculose hin. Wie aber sind diese zu erklären? Zwei Thatsachen sind es, die da auffallen. Einmal, dass dieses häufige Zusammentreffen von Meningitis tuberculosa und Genitaltuberculose nur für die Individuen jenseits der Pubertät zutrifft, während es im Kindesalter nicht erkennbar ist. Sodann verfügt Autor über 3 Beobachtungen, wo Individuen, die längere Zeit mit Genitaltuberculose behaftet gewesen waren, wenige Wochen oder Monate nach der Heirath an Meningealtuberculose erkrankten. Das deutet darauf hin, dass die bei Gelegenheit geschlechtlichen Verkehrs erhöhte Congestion der erkrankten Genitalien zu einer Verschleppung der pathogenen Keime vielleicht führen mag. Eine nähere Erklärung ist einstweilen nicht zu geben. Jedenfalls steht die Thatsache fest und ist für die Diagnostik event. werthvoll; der Nachweis einer Nebenhodentuberculose, der nicht minder leichte Nachweis einer Samenblasentuberculose wird in manchen Fällen zweifelhafter acuter Hirnerkrankungen beim Manne einen beachtenswerthen Fingerzeig für die Diagnose geben. \*)

(Biolog. Abtheilung des Aerztl. Vereins in Hamburg, 12. III. 1901. — Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 19.)

\*) Schon in der nächsten Sitzung konnte Autor wieder über eine Beobachtung berichten. Ein 27jähr., an Verkäsung eines Nebenhodens, einer Samenblase und der Prostata leidender Pat. starb an tuberculöser Meningitis. Hier hatte das Bestehen einer Genitaltuberculose gleich bei Auftreten der ersten Hirnsymptome die Annahme einer Meningitis tuberculosa nahe gelegt, und der Nachweis von Tuberkelbacillen in der Lumbar-punctionsflüssigkeit bestätigte dann die Diagnose.

— **Pulverinhalation**, Inhalation von Medicamenten in Staubform, empfiehlt Dr. Schenk (Köln a. Rh.) für acute und chron. Affectionen der Luftwege, besonders für Phthise, wo sie bei der Behandlung ein werthvolles Unterstützungsmittel bildet. Autor hat dazu einen Inhalationsapparat\*) construiert. Die Dosirung erfolgt nach der Zahl der Athemzüge. 1 g Pulver lässt sich durch ca. 100 Mal Druck auf den Ball des Gebläses zerstäuben. Die Inhalationen sind monatelang zu machen. Bei Phthise lässt Autor Pulver von Tannin mit Jodoform inhaliren, daneben Natr. bicarb. oder Natr. bicarb. mit Tinct. Myrrh. oder Ol. Menth. pip. mit Ol. Cinnamon. Schon nach einigen Tagen fast stets so starke Verminderung des Auswurfs, dass man, um die Expectorations nicht zu sehr zu erschweren, die Zahl der Inhalationen vermindern muss. Nach ca. 8 tägiger Anwendung von Tannin + Jodoform, lässt Autor die Inhalationen einige Tage aussetzen und nur eines der anderen Pulver inhaliren. Die gebräuchlichsten sind:

Rp. Natr. bicarb. 5,0  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Natr. bicarb.  
Tinct. Myrrh. aa 2,5  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Alum. ust. 5,0  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Ol. Menth. pip. gtt. V.  
(Ol. Foenic. gtt. V.)  
(Ol. Chamomill. gtt. V.)  
(Ol. Cinnam. gtt. V.)  
Sacch. alb. 20,0

Rp. Natr. bicarb.  
Alum. ust. aa 2,5  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Acid. boric. 5,0  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Ol. Menth. pip. gtt. III.  
Ol. Cinnamom. gtt. II.  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Tinct. Myrrh. 5,0  
Sacch. alb. ad 20,0

Mf. pulv. subtile. D. in vitro. S. 2—3 Mal tägl.  
20—30—50 Athemzüge.

Rp. Acid. tannic. 1,0  
Jodoform. 0,5  
Sacch. alb. ad 20,0

Rp. Morph. mur. 0,1  
Sacch. alb. ad 20,0

S. 2—3 Mal täglich 10—20—30 Athemzüge.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 20.)

\*) Bei Ed. Hofius, Duisburg a. Rh. (Preis M. 12.—).

**Ulcus cruris.** Die Behandlung des U. mit Campher rühmt

Dr. Walbaum (Städt. Krankenhaus Harburg a. d. E.) sehr, doch hat derselbe ausschliesslich *Vin. camphorat.* verwendet, und zwar in folgender Weise: Nach kräftiger Abwaschung des Beins mit grüner Seife wird solange ein täglich zu wechselnder feuchter Verband mit essig-saurer Thonerde angelegt, bis die Secretion nicht mehr stark und einigermaassen geruchlos geworden ist, was gewöhnlich 2—3 Tage dauert. Von da ab wird ein um den anderen Tag ein Verband nach Art der Priessnitz'schen Einwicklung angelegt, bei dem aber der Mull statt mit Wasser mit Campherwein befeuchtet wird. Ueber diese Compresse kommt eine etwas grössere trockene Gazeschicht, sodann ein Stück Guttaperchapapier oder anderen undurchlässigen Stoffes, dessen Ränder jedoch über die Gazeschicht hinweg nicht mit der Haut in Berührung kommen dürfen; das Ganze wird durch Watte und Binde gut abgeschlossen. Durch die wasserdichte Einlage wird einer zu schnellen Verdunstung vorgebeugt; andererseits wird dadurch, dass eine Berührung dieses Stoffes mit der Haut vermieden wird, genügende Ventilation geschaffen und für Absaugung der Secrete gesorgt. Ueberragt der Stoff den Rand der Gaze, so kommt es leicht zu Ekzemen. Beim Verbandwechsel (jeden 2. Tag) wird der Geschwürsrand mit einem in Lysol oder Carbol getauchten Wattebausch kräftig abgerieben und die Geschwürsfläche von dem bedeckenden gelblichen Häutchen befreit, sodass die hochrothen Granulationen zu Tage treten. Autor brachte bisher jedes U. auf diese Weise glatt zur Heilung; selbst grosse, hartnäckige Fälle kamen überraschend schnell, oft in 3 Wochen und weniger, zur Heilung. Entlassen werden dann die Pat. mit einem Zinkleimverband, den sie nach 6 Wochen abzunehmen haben. Bettruhe kürzt natürlich die Behandlungsdauer wesentlich ab. Handelt man genau nach Vorschrift, so macht die Behandlung keinerlei Schmerzen und Beschwerden und ist fast absolut zuverlässig, daneben auch recht billig trotz des ziemlich hohen Preises des Campherweins; letzteren kann man sich aber bei grösserem Bedarf nach dem Recept der Pharmakopoe selbst herstellen, wodurch der Preis von M. 7,50 auf M. 2,70 pro Liter herabgesetzt wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 26.)

- **Campher** verwendet seit Jahresfrist auch Dr. Rank (Arns-  
walde Nm.) zur Behandlung des U. in Form folgender  
Salbe:

Rp. Camphor. trit. 0,3  
Ol. Oliv. 2,0  
Liq. plumb. acet. 2,0  
Ung. Hydr. praec. alb. 36,0

Von 4 Pat. waren 3 Wäscherinnen und Plätterinnen,  
die ihre Arbeit nicht aussetzen konnten; die Ulcera waren  
sehr gross und zum Theil arg vernachlässigt. Trotzdem  
trat in einem Falle vollständige Heilung, in 3 anderen  
Heilung bis auf 10pfennigstückgrosse Stellen ein; schon  
nach 3 Tagen begannen gesunde Granulationen sich zu  
bilden.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 33.)

**Vaginismus.** Die Behandlung des Vaginismus mittelst  
Kolpeurynters empfiehlt warm Dr. L. Huppert (Bielitz).  
Das Hauptgewicht bei Behandlung des V. ist nämlich darauf  
zu legen, das zur Dehnung des Introitus bestimmte  
Instrument schmerzlos und ohne die geringste Reizung  
der Vulva und des Scheideneinganges über diesen hin-  
wegzubringen, was bei der Weichheit und Schmiegsam-  
keit der Kolpeurynterwandung nach vorausgegangener  
Cocainisirung des Introitus regelmässig mit Leichtigkeit  
gelang. Autor konnte bequem ohne irgendwelche Belästig-  
ung der Pat. den eingefetteten und kunstgerecht zusammen-  
gelegten Kolpeurynter selbst durch den engsten Introitus  
einführen, konnte sodann langsam mittelst Spritze Flüssig-  
keit in den Ballon einfliessen lassen, bis die Pat. die  
erste unangenehme Empfindung äusserte. Sodann blieb  
der Ballon in diesem Füllungszustande liegen, bis die  
Empfindung geschwunden, worauf ein bis zwei Mal nach-  
gefüllt und der Kolpeurynter mit der letzten Füllung ca.  
 $\frac{1}{2}$  Stunde an Ort und Stelle gelassen wurde. Hernach  
wurde die Flüssigkeit abgelassen und der Ballon ohne  
die geringste Irritation der beteiligten Organe entfernt.  
Um nun die Fortschritte in der Dehnung, welche von  
einer Sitzung zur anderen zu verzeichnen waren, genau  
controlliren zu können, wendete Autor eine Spritze von  
100 ccm Inhalt an, deren Kolbenschaft an den daselbst  
angebrachten Theilstrichen, die jeweilige Anzahl der  
injcirten ccm Flüssigkeit und damit das Maass der

bereits erfolgten Dehnung ablesen liess. Bei jeder Sitzung kam Autor ein Stück vorwärts, und er war bei fast allen Fällen nach 2—3 wöchentlicher Behandlung in der Lage, 2 volle Spritzen zu injiciren, nach welcher Füllung er dann ein Speculum von 3 cm Aussendurchmesser ohne Schmerzempfindung einführen konnte. Hierauf genügten nunmehr einige Tage, um denselben Füllungszustand des Kolpeurynters mit nachfolgender Einführung obigen Spiegels bei schwächerer Cocainisirung und schliesslich nur bei Bepinseln mit reinem Wasser anzuwenden. In diesem Stadium angelangt, wurde Pat. geheilt entlassen und nach Instruirung des Ehegatten die Bewilligung zu dem während der Behandlung stricte untersagten Coitus ertheilt. Autor sah oft kurz nach Beendigung der Behandlung Conception eintreten. Allzugrosse Empfindlichkeit der Vulva und des Introitus behandelte Autor mit Aq. Goulardi oder

Rp. Alumin. 1,0  
Plumb. acet. basic. solut. 5,0  
Aq. dest. 100,0

oder durch Bepinselung mit 3—5%iger Arg.-nitr.-Lösung. Die Cocainlösungen sind während der Hauptbehandlung 10%, nachdem der gewünschte Dehnungsgrad erreicht, 5—3—0%. Die Vortheile der Kolpeurynterbehandlung gegenüber jener mittelst Röhrenspiegel liegen auf der Hand. Der Forderung, dass bei Behandlung des V. jeder Reiz den Genitalien ferngehalten werde, entspricht der Kolpeurynter durchaus. Während man bei der Spiegelbehandlung auf mehrfachen Wechsel des Instrumentes angewiesen war, wobei immer Schmerzen hervorgerufen wurden, und während dabei die Dehnung gewissermaassen ruckweise vor sich ging, ist es hier möglich, den Kolpeurynter während der ganzen Sitzung ruhig liegen zu lassen und die Dehnung ganz allmählig, um Bruchtheile von Millimetern, vorzunehmen, sodass dieselbe der Pat. gar nicht zum Bewusstsein kommt und daher schmerzlos verläuft. Ein weiterer Vortheil ist der, dass, wenn der V. mit entzündlichen oder gonorrhöischen Erkrankungen der Genitalien vergesellschaftet ist, was ja bei jung verheiratheten Frauen nichts Seltenes ist, man V. und Gonorrhö gleichzeitig behandeln kann. Autor konnte stets schon nach 1 wöchentlicher Dehnungs-

behandlung mittelst Kolpeurynters ein Röhrenspeculum von 20—25 mm aussen schmerzlos einführen und dann die entsprechende Behandlung der Complication einleiten, sodass, wenn der V. geheilt war, zugleich auch in Folge der Behandlung Heilung der Complication eingetreten war.

(Centralblatt f. Gynäkologie 1901 No. 32.)

## Vermischtes.

- **Aspirin und Dionin bei Kinderkrankheiten** wandte Dr. S. Gottschalk (Berlin, H. Neumann's Kinderpoliklinik) an. *Aspirin* wurde etwa 30 Kindern (zwischen 4 und 14 Jahren, 3 noch darunter) gegeben, von denen 20 an *Influenza* litten; 7 entzogen sich der weiteren Beobachtung, bei den übrigen 13 trat prompte Entfieberung entweder sofort oder spätestens innerhalb 3 Tagen ein, gewöhnlich eingeleitet durch starkes Schwitzen; auch die subjectiven Symptome zeigten rasche Besserung. Von *rheumatischen* Affectionen wurden behandelt: Muskel-, Gelenkrheumatismus, Peliosis rheumatica. Aspirin leistete hier jedenfalls dasselbe, wie Natr. salicyl. Man kann es ohne schädliche Nebenwirkung längere Zeit geben (z. B. gab Autor es bei 2 Fällen von Chorea minor längere Zeit in täglichen Dosen von 2 g), es belästigt den Magen nicht und wird gern genommen. In seinen Wirkungen ist es bei Fieber und Kopfschmerzen verschiedener Ursache, speciell aber bei Influenza, Rheumatismus und rheumatischen Erkrankungen dem Natr. salicyl. gleichwerthig und kann in den gleichen Gaben gegeben werden. Es empfiehlt sich schon des billigen Preises wegen, Tabletten in „Originalpackung Bayer“ zu verordnen, obgleich Kinder diese nicht schlucken; aber sie zerfallen in etwas Wasser in ein Pulver, das leicht zu nehmen ist. Einzelgabe in den ersten Lebensjahren  $\frac{1}{4}$  g (=  $\frac{1}{2}$  Tablette), weiterhin  $\frac{1}{2}$  g; Maximalgabe bei grösseren Kindern pro die 2—3 g. — *Dionin* wurde hauptsächlich bei *Keuchhusten* ordinirt und entfaltet hier

oft recht günstige Wirkung. Dosirung: Bei Kindern am Ende des 1. Lebensjahres 0,01:100,0 3 stündl. 1 Theelöffel, im 2. Jahre 0,02:100,0 im 3. und 4. Jahre 0,03 bis 0,04:100,0 3 stündl. 1 Theelöffel, so weiter steigend (sobald Müdigkeit eintritt, Dosis zu verringern!). Dionin machte nie unangenehme Nebensymptome, lockerte auch den Husten meist erheblich und ist schon deshalb bei Keuchhusten und überhaupt bei Reizhusten der Empfehlung werth.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 30.)

— **Bemerkungen über Dosirung des Wasserstoffsuperoxyds:**

„Die Verwendung dieses energischen Oxydationsmittels als Antisepticum in der Wundbehandlung ist nicht neu. Sie hat sich jedoch nie rechten Eingang verschaffen können und war, wenigstens in Deutschland, so gut wie ganz aufgegeben. Die Ursache hierfür lag nicht in dem geringen therapeutischen Werth des Mittels, sondern in der ungenügenden Beschaffenheit der in den Handel kommenden Präparate. Dieselben waren wässrige Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd, die in 100 Th. 3 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthielten. Sie wurden „Wasserstoffsuperoxyd 3 Gewichtsprocent oder 10 Volumprocent“ bezeichnet. Diese verdünnten Lösungen von Wasserstoffsuperoxyd zersetzen sich jedoch sehr leicht. Concentrirtere Lösungen herzustellen gelang nicht, und so machte man, um die Haltbarkeit zu erhöhen, Zusätze von Schwefelsäure oder Phosphorsäure, ohne jedoch auch hierdurch die Zersetzung ganz zu verhindern. Dass derartige säurehaltige und auch häufig noch durch Alkalien verunreinigte Präparate, die ausserdem in Folge ihrer Unbeständigkeit eine sichere Dosirung unmöglich machen, von den Aerzten zurückgewiesen wurden, ist natürlich. Im vorigen Jahre ist nun durch die warmen Empfehlungen v. Bruns, von Neuem die Aufmerksamkeit auf diesen interessanten und für die Wundbehandlung nützlichen Körper hingelenkt worden. v. Bruns bediente sich eines von E. Merck (Darmstadt) hergestellten Productes, welches allen Anforderungen, die an ein zu medicinischen Zwecken zu benützendes Präparat gestellt werden müssen, entspricht. Es ist eine wässrige Lösung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, die in 100 Th. 30 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthält, säurefrei ist und eine farblose,



klare Flüssigkeit darstellt, die erst bei  $-25^{\circ}$  gefriert und, bei gewöhnlicher Temperatur in einem gut verschlossenen Gefässe aufbewahrt und vor Verunreinigung geschützt, unbegrenzt haltbar ist. Dieses Präparat wird als „*Wasserstoffsuperoxyd, chemisch rein (Hydrogen. peroxydat. purissim.) 100 Volumproc. = 30 Gewichtsproc.*“ bezeichnet. Die Angabe der Concentration der Wasserstoffsuperoxydlösungen nach Gewicht und Volumen ist allgemein üblich. Sie giebt aber gar zu leicht zu Irrthümern Veranlassung und hat für den Arzt etwas Verwirrendes. Der Arzt muss die Concentration der von ihm verwendeten Lösungen genau kennen, und er muss sicher sein, dass die von ihm verschriebene Wasserstoffsuperoxydlösung in der von ihm gewollten Concentration von dem Apotheker geliefert werde. Das ist bei der jetzt gebräuchlichen Bezeichnung nicht der Fall. Die Mehrzahl der Aerzte und wohl auch ein grosser Theil der Apotheker werden darüber im Unklaren sein, was unter Volumprocenten bei Wasserstoffsuperoxydlösungen verstanden wird. Man versteht darunter diejenige Volummenge Sauerstoff, die von 1 g Wasserstoffsuperoxydlösung abgegeben werden kann. Also ein 10 volumprocentiges Wasserstoffsuperoxyd wäre ein solches, welches aus 1 g 10 ccm Sauerstoff, ein 100 volumprocentiges ein solches, welches aus 1 g 100 ccm Sauerstoff zu entwickeln im Stande ist. Es entspricht dies ungefähr Wasserstoffsuperoxydlösungen, welche in 100 Gewichtstheilen 3 resp. 30 Gewichtstheile Wasserstoffsuperoxyd enthalten. Reines Wasserstoffsuperoxyd, also ein 100 gewichtsprocentiges Präparat wäre hiernach genau als ein 328 volumprocentiges zu bezeichnen. Es kommt noch hinzu, dass die Amerikaner die Stärke des Wasserstoffsuperoxyds in noch anderer Weise angeben. Sie geben nicht diejenigen Volumina Sauerstoff an, die 1 g Wasserstoffsuperoxyd abzugeben im Stande ist, sondern die Volummenge Sauerstoff, die 1 g Wasserstoffsuperoxydlösung bei der Zersetzung mit Kaliumpermanganat entwickelt. Hierbei wird auch das Kaliumpermanganat zersetzt und giebt Sauerstoff ab, und man erhält die doppelte Menge an Sauerstoff, die das Wasserstoffsuperoxyd als peroxydischen Sauerstoff enthält. Es ist danach also ein 3 gewichtsprocentiges Wasserstoffsuperoxyd in Deutschland ein 10 volumprocentiges, in Amerika ein 20 procentiges, ein 30 gewichtsprocentiges ist in Deutschland ein 100 volum-

procentiges, in Amerika ein 200procentiges. Das ist thöricht und muss zu Irrthümern führen. Man sollte sich darüber einigen, die Stärke des Wasserstoffsperoxyds nur nach Gewichtsprocenten anzugeben, und namentlich sollten die Aerzte sich in ihren Veröffentlichungen daran halten. Bei der Verwendung des neuen Merck'schen Präparates ist zu berücksichtigen, dass es zehn Mal stärker ist, als die älteren Präparate und dass es für den medicinischen Gebrauch mit Wasser verdünnt werden muss. Um mittels des 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Präparates eine 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lösung herzustellen, ist 1 Th. desselben mit 29 Th. Wasser, zu einer 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>igen Lösung 1 Th. mit 9 Th. Wasser zu verdünnen. Derartige verdünnte Lösungen sind jedoch nur kurze Zeit haltbar.

(Therapeutische Monatshefte 1901 No. 7.)

## Bücherschau.

- Mit seinem jüngst erschienenen (F. C. W. Vogel, Leipzig; Preis mit Schreibpapier durchschossen und gebd. M. 2) **Compendium der Pharmako-Therapie** will Dr. O. Gross angehenden Aerzten ein Hilfs- und Nachschlagebuch in die Hand geben, das denselben die Möglichkeit gewähren soll, die dem einzelnen Falle entsprechend individualisirte Therapie nach eigener Wahl bequem zusammenzustellen. Das Büchlein bringt die Medicamente nach ihrer therapeutischen Wirkung geordnet, also als Narcotica, Excitantia, Pectoralia, Stomachica, Antiparasitica u. s. w., verzeichnet bei allen die Dosis, Anwendungsweise, physiologische und therapeutische Wirkung etc. und bildet so eine recht nützliche Ergänzung der üblichen Recepttaschenbücher, zugleich bildet es aber ein gutes Repetitorium zum Studium der Pharmakologie und inneren Medicin. Der jüngere Arzt und Student wird sich des gut ausgestatteten und billigen Werkchens oft mit vielem Nutzen bedienen.
- **Das Jahrbuch der praktischen Medicin** von Dr. J. Schwalbe (Stuttgart, F. Enke) weist gewisse Reformen in diesem Jahrgang (1901) auf, durch die der Herausgeber die praktischen Gesichtspunkte noch mehr wie früher in den

Vordergrund stellen wollte. Alles Theoretische ist bei Seite gelassen, das Berichtsmaterial strenger ausgewählt, dafür neue für den Praktiker wichtige Capitel herangezogen worden. Im Ganzen hat sich dadurch der Umfang des Werkes verringert, der Preis desgleichen (10 M.). Den Haupttheil des Jahresberichtes bildet nach wie vor das Material der „Speciellen Pathologie und Therapie“; ihm geht voraus der neue Hauptabschnitt „Allgemeine Therapie“, vermehrt durch die Diaeto- und Pneumatotherapie, Orthopaedie und Kinesiotherapie, Krankenpflege, und die „Allgem. Pathologie und pathol. Anatomie (einschliesslich Bacteriologie)“. Die Abschnitte „Oeffentliches Sanitätswesen“ und „Aerztliche Sachverständigenthätigkeit“ beschliessen das von Autoren wie Husemann, Gumprecht, Glax, Vierordt, Jadassohn, Hueppe, Romberg, Grawitz, His u. A. bearbeitete Werk, das mit seinen Sammelreferaten dem Praktiker gewissermaassen einen Fortbildungscursus über die letzten Errungenschaften der gesammten prakt. Medicin ersetzt und ihm so erspriessliche Dienste leisten wird.

- J. Boas' **Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten**, II. Theil (Specieller Theil) ist in 4. *Auflage* erschienen (bei G. Thieme, Leipzig. Preis: M. 8). Da die 1. Auflage 1893 herauskam, so kann man wohl von einem immensen Erfolg des Buches sprechen. Trotzdem hat sich der Autor die Mühe nicht verdriessen lassen, überall Verbesserungen anzubringen und den Inhalt allenthalben zu vervollständigen, wo die Resultate der neuesten Forschungen Aenderungen und Einschiebungen erforderten. Mehrere Abschnitte sind ganz neu hinzugekommen (Pylorospasmus, Sarkome, Syphilis, Tuberculose, Achylia gastrica, Nausea nervosa), sodass der Autor diese Auflage mit Recht als „gänzlich neubearbeitet und vermehrt“ bezeichnen kann. Dass Boas vor Allem seine eigenen Erfahrungen bei seinen Auseinandersetzungen mitsprechen lässt, verleiht seiner Arbeit einen noch höheren Werth. Die übrigen Vorzüge des Werkes sind so bekannt, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, wollte man noch viele Worte darüber verlieren.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 2.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

November

XI. Jahrgang

1901.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Anaesthesie, Narkose.** Zur Erzeugung localer Anaesthesie durch Kälte verwendet Dr. H. Farwick (Bocholt) seit einigen Monaten eine *Combination des Aethersprays mit dem Aethylchloridstrahl*, die ihn noch nie im Stich liess. Nach Desinfection der betreffenden Hautparthie, Abrasiren etc. spritzt man mit dem Richardson'schen Zerstäuber Aether auf, bis die Haut beginnt blass zu werden; sodann richtet man den Strahl einer Aethylchloridröhre darauf, hört mit dem Spray auf, und sofort gefriert die Stelle. Das Aethylchlorid lässt man so lange einwirken, bis die Stelle ordentlich eingefroren ist, und nun kann man Eingriffe der kleinen Chirurgie durchaus schmerzlos ausführen, obwohl man von beiden Stoffen nur geringe Mengen verbraucht hat.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1901.)

— Ueber den Aetherrausch\*) und seine Anwendungsweise im Rudolfinerhause in Wien, wo seit 7 Monaten diese Methode bei 157 Fällen, und zwar auch bei grösseren Operationen zur Anwendung gelangte, berichtet Dr. Fr. Teweles. Benützt wurde eine Maske, bestehend aus einem hohlen Cylinder oder Kegelstutz mit ovalem Querschnitt, dessen dem Gesichte des Pat. zugewendeter Rand einen Ausschnitt für die Nase besitzt und mit einem Gummidrain belegt ist, welches das Aufliegen der Kante der Aethermaske auf dem Gesichte weniger empfindlich macht, zugleich einen sicheren Luftabschluss gewährt, während der obere Rand der Maske einen Deckel trägt, um das rasche Verdunsten des Aethers zu verhindern. In der Mitte des Hohlcyinders, resp. des hohlen Kegelstutzes, befindet sich ein aus Seidenfäden oder dünnen Messingstäbchen hergestelltes Kreuz, auf dem ein Stück gekrümmter Gaze ruht, das vor jedesmaliger Anwendung der Maske erneuert wird. Als Narkoticum wird reiner Schwefeläther in Anwendung gebracht, versetzt mit etwas Latschenöl\*\*) (1 Tropfen auf 10 cm<sup>3</sup> Aether) zum Zweck einer Milderung des stechenden Aethergeruches und der Beschränkung der trachealen und bronchialen Secretion. Vor Beginn der Aetherisirung muss alles zur Operation bereit sein, sodass der Operateur sofort beginnen kann. Ferner ist wichtig, die Aufmerksamkeit des Pat. ganz auf die Narkose zu lenken. Hierauf wird aus einem 30 cm<sup>3</sup> fassenden Fläschchen je nach dem Alter und Kräftezustand des Pat. 10—30 cm<sup>3</sup> mit Latschenöl versetzten Aethers auf die Gaze geschüttet, zugleich Pat. aufgefordert, die Augen zu schliessen und ruhig und gleichmässig tief zu athmen, nicht zu schlucken. Hat Pat. 3—4 tiefe Athemzüge reiner Luft gemacht, so wird ihm die Maske vorgehalten, wobei man, sobald Pat. nach Luft ringt, die Maske für die Dauer von 1—2 tiefen Athemzügen entfernt, worauf das Oppressionsgefühl wieder schwindet. Nach 10—15 tiefen Athemzügen tritt Erschlaffung ein und damit gleichzeitig Analgesie; jetzt ist der Zeitpunkt zum Beginn der Operation gekommen, also etwa eine Minute nach Beginn der In-

\*) S. Excerpta X., 385.

\*\*) S. Excerpta X., 530.

halationen. In etwa  $\frac{1}{3}$  der Fälle machten die Pat. beim ersten Schnitt Schmerzensäusserungen oder Abwehrbewegungen, beruhigten sich aber dann sofort, und nur in wenigen Fällen war es nothwendig, noch weitere 10 cm<sup>3</sup> Aether aufzugliessen, um den Pat. in ein ruhiges Stadium zu bringen. Für kleine Operationen genügt die zuerst aufgegossene Menge, um den Pat. bis nach Anlegen des Verbandes in rauschartigem Zustande zu erhalten, für grössere Operationen wird es nothwendig, noch weiter Aether aufzugliessen. Diese Nothwendigkeit tritt dann ein, wenn Pat. im Verlaufe der Operation Schmerzensäusserungen oder Abwehrbewegungen macht. Dann wird von den stets bereit gehaltenen 10 cm<sup>3</sup> enthaltenden Fläschchen je eins in den Korb entleert, was genügt, um den Pat. wiederum durch einige Zeit ruhig zu halten. So gelingt es, Pat. selbst 1 Stunde hindurch bei verhältnissmässig sehr geringem Verbräuche an Aether (110 cm<sup>3</sup> in 1 Stunde) in rauschartigem Zustande zu erhalten. Das Eintreten von Schmerzensäusserungen oder Abwehrbewegungen darf aber nicht mit dem Beginne der Excitation verwechselt werden. Tritt diese ein, so wird die Maske auf die Dauer von 3—4 Athemzügen entfernt, und Pat. kehrt wieder ins Ruhestadium zurück. Es kommt alles darauf an, das Eintreten der Excitation zu vermeiden, und die einzige Schwierigkeit für den Narkotiseur besteht eben darin, sich stets auf der schmalen Grenze zwischen Erwachen des Pat. und Eintreten der Excitation zu bewegen. Mit der „coupirten Narkose“ (Kronacher's\*), ist das Verfahren nicht identisch; letzterer sucht die der Excitation folgende Analgesie zur Operation zu benützen, beim „Aether-rausch“ sucht man diese Excitation gerade zu vermeiden! Ganz eigenartig ist das Bild, das die Pat. im Aether-rausche bieten. Sie liegen mit geschlossenen Augen da, athmen tief und regelmässig; nach einiger Zeit schlagen sie die Augenlider auf, blicken umher, meist ohne den Kopf zu bewegen, wobei die Augenachsen parallel eingestellt sind; dann schliessen sie die Lider wieder und liegen ruhig wie im Schlafe da. Dies Spiel wiederholt sich bisweilen einige Male. Manche Pat. bewegen sich während des Rausches, der Körpertheil aber, an dem

---

\*) S. Excerpta X, 530.

die Operation vollzogen wird, bleibt in Ruhestellung; andere wiederum sprechen, aber Dinge, die weder mit dem Leiden, noch mit der Operation im Zusammenhang stehen; wieder andere lachen oder schreien laut und jammern, geben aber, nachher befragt, an, keinerlei Schmerzempfindungen gehabt zu haben. Einige Pat. behaupteten zwar, sofort nach der Operation befragt, Schmerzen empfunden zu haben, wussten aber keine Details. Wird diese Frage erst nach erlangter vollständiger Orientirung gestellt, dann erinnern sich die Pat. in der Regel überhaupt nicht mehr an Schmerzen. Das Erwachen tritt nach 8—10 tiefen Athemzügen freier Luft ein, zugleich meist mit dem Orientirungsvermögen; nur selten vergingen 1—3 Minuten, bis die Pat. sich orientirten. 11 von den 157 Pat. befanden sich nachher in erregter Stimmung, bei 5 traten furibunde Delirien ein (sämmliche entweder Alkoholisten oder schon vor der Narkose in hochgradiger Erregung). Alle Operirten mit Ausnahme von 2, bei denen sich durch längere Zeit anhaltendes Erbrechen einstellte, fühlten sich unmittelbar nach der Operation vollkommen wohl. Das Bild besitzt also grosse Aehnlichkeit mit einer acuten schweren Alkoholintoxication (daher der Name „Rausch“). Ein Sinken und Kleinerwerden des Pulses trat nie auf, ebensowenig Depressionerscheinungen des Herzens (9 theils an Vitium cordis, theils an Cor adiposum leidende Pat. vertrugen die Aetherisirung sehr gut); nur wenige Male trat vermehrte Speichelsecretion auf, nie Bronchitis oder Bronchopneumonie (auch konnte nie eine ungünstige Beeinflussung schon bestehender Lungenleiden wahrgenommen werden). 15 von 157 Pat. erbrachen unmittelbar nach der Operation schleimige Massen in mässiger Quantität, bei einem Pat. hielt das Erbrechen bis zum Abend, bei einer Pat. bis zum folgenden Tage an. Nach kurzdauerndem Aetherrausche, sowie zum Beginn desselben trat überhaupt kein Erbrechen auf, und es waren darunter 14 Pat., die unmittelbar vorher gegessen hatten. Alle Pat. mit Ausnahme jener 2, bei denen das Erbrechen längere Zeit anhielt, konnten kurze Zeit nach dem Aetherrausche ihre Mahlzeit halten. Mit Nephritis kam nur ein 76 jähr. Mann (Alkoholiker und auch an Bronchitis leidend) zur Operation, Pat. ertrug den Aetherrausch (20 Minuten,

50 cm<sup>3</sup> Aether) sehr gut. Bei 5 Pat. also traten schon zu Beginn der Inhalationen furibunde Delirien auf; in weiteren 6 Fällen kam es überhaupt zu keiner Analgesie. Diese 11 Pat. waren bereits vor der Operation in hochgradigem Aufregungszustande, 2 litten an hysterischen Insulten; in diesen 11 Fällen wurde die Betäubung mit Billroth'scher Mischung fortgesetzt, schon wenige Athemzüge von Chloroform genügten zur Narkose und es wurde auffallend wenig Chloroform verbraucht. Asphyxie oder sonstige drohende Zufälle ereigneten sich niemals! Von den 157 Pat. wurden 105 ambulatorisch operirt (Paronychia, Furunkel, Caries ossium, Lymphome, Atherome, Paraphimosis etc.); Dauer des Aetherrausches 5—20 Minuten, Aethermenge 10—40 cm<sup>3</sup>; die Pat. konnten sofort nach der Operation die Ambulanz verlassen. Bei den klinischen Operationen (Fisteln, Hämorrhoiden, Contracturen, Nephrotomien, Amputationen, Sectio alta etc.) betrug die Dauer bis 1 Stunde (3 Fälle), Meistverbrauch an Aether pro Minute 2,3 cm<sup>3</sup>, Mindestverbrauch 0,5 cm<sup>3</sup>. Die Methode wurde bei Kindern, Greisen, Marastischen ebenfalls mit bestem Erfolge benutzt. In einigen Fällen, in denen die Operation länger dauerte, gelang es leicht, den Aetherrausch in tiefe Aethernarkose überzuführen (es wurden in bestimmten Intervallen 10 cm<sup>3</sup> nachgegossen), ohne dass ein Excitationsstadium eintrat. Es wurde dieser Uebergang erst eingeleitet, wenn der Rausch bereits  $\frac{3}{4}$ —1 Stunde angedauert hatte, und es wäre möglich, dass es nach so langer Inhalation von Aether infolge Ermattung der Pat. zu einer Excitation überhaupt nicht mehr kommt. Die Operationen verliefen ungestört, der Aetherverbrauch war ein sehr geringer (3,3 cm<sup>3</sup> pro Minute). Autor fasst die *Vortheile des Aetherrausches* zusammen in die Sätze:

1. Die Operation beginnt fast gleichzeitig mit den Inhalationen; ein Excitationsstadium giebt es nicht.
2. Es wird nur eine sehr geringe Menge an Aether verbraucht.
3. Die Vorbereitung des Pat. ist eine rein psychische, seine ganze Aufmerksamkeit wird auf die Narkose concentrirt.



4. Die Anwendungsweise ist eine sehr einfache und eignet sich wohl auch für einfache Verhältnisse der Privatpraxis.

5. Der Aetherrausch ist in  $\frac{2}{3}$  aller Operationen ausführbar; wo derselbe versagt, kann er leicht in eine Narkose, sei es mit Aether oder Chloroform oder einer Mischung übergeführt werden und bietet auch dann Vortheile vor den Narkosen, die als solche von vornherein begonnen wurden.

6. Da der Aether bei dieser Anwendungsweise keine üblen Folgen hat, ist der Aetherrausch vollkommen gefahrlos,

Als *Nachtheile* wären anzuführen:

1. Das Schreien und Lärmen mancher Pat. selbst bei aufgehobenem Empfindungsvermögen.

2. Die ziemlich häufig auftretende Reaction (Abwehrbewegungen etc.) beim ersten Schnitt.

3. Die Möglichkeit des Fehlschlagens bei einem geringen Bruchtheil der Pat., und zwar bei jenen, deren Aufmerksamkeit infolge hochgradiger Erregung nicht voll und ganz auf die Narkose gerichtet werden kann, sowie bei Alkoholmissbrauch.

Diese Nachtheile sind aber gegenüber den Vortheilen gewiss nur gering anzuschlagen, besonders wenn man berücksichtigt, dass sich viele Operationen, zu denen früher tiefe Narkosen nothwendig waren, im Aetherrausch mit einer sehr geringen Menge Aether ausführen lassen. —

Im Anschluss daran geht Dr. O. Lenz noch näher auf das Wesen des Aetherrausches ein und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Der Aetherrausch ist eine zu therapeutischen Zwecken hervorgerufene acute Intoxicationspsychose.

2. Die affective Färbung derselben ist ein Product aus der individuellen Reaction, sowie aus der Grösse der inhalirten Dosis, wobei jedoch die Reaction des Individuums der wichtigere Factor ist.

3. Eine dauernde nervöse Störung ist bei der geringen Dosis nicht zu befürchten.

4. Das anzustrebende Ideal bei der Erzeugung des Aetherrausches ist, einen Zustand nur partiell getrübten

Bewusstseins herbeizuführen, wobei tactile Sensibilität erhalten und nur die Schmerzempfindung gelähmt ist.

5. Der Aetherrausch ist contraindicirt bei Potatoren und neuropathisch veranlagten Individuen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 37.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Bimsstein-**

**alkoholseife in fester Form als Desinficiens für Haut und Hände** empfiehlt Dr. S. Pförringer, (Chirurg. Klinik Breslau). Im vorigen Jahre hat Vollbrecht ein Verfahren angegeben, das es ermöglicht, Seifenspiritus in feste Form zu bringen, also für die ambulatorische Praxis eine sehr bequeme Desinfectionsmethode. Es lag aber nahe, eine weitere Vereinfachung der Desinfection durch Eliminirung der Bürste zu erstreben, und es gelang dies durch Combination von Bimsstein mit festem Seifenspiritus. Da die Zusammensetzung des letzteren keineswegs identisch ist mit dem Spirit. saponat. officin., so heisst das Product besser Bimssteinalkoholseife\*). Nachdem der den Händen event. anhaftende gröbere Schmutz mit gewöhnlichem Wasser und Seife entfernt, die Nägel gekürzt und mit dem Braatz'schen Nagelreiniger gründlich gesäubert sind, bringt man 60—70 g der Seife allmählig auf die Hände und verreibt sie mittelst eines sterilen Mullstückes unter frottirenden Bewegungen energisch; die Seife verflüssigt sich in der Wärme der Hände und wird in alle Falten und Vertiefungen eingerieben; besonders sorgfältig werden mit dem seifendurchtränkten Tuch die Nagelfalze und Unternagelräume ausgerieben. Ist die auf der Hand befindliche Seife verbraucht, so wird eine neue Quantität in derselben Weise verwendet. Dauer der ganzen Procedur 5 Minuten. Es wird dann noch der Bimsstein abgespült (mit Sublimat), und die Desinfection, die für die schwierigen Verhältnisse des prakt. Arztes sich vorzüglich eignet und auch keineswegs kostspielig ist (etwa 10 Pf.) ist fertig. Sie ist, wie die Versuche zeigten, eine vollkommen ausreichende. Die Seife greift die Hände in keiner Weise an, die Nägel könnte sie bei sehr ausgiebigem Gebrauch schädigen,

---

\*) Schwanapothke, Breslau, in Büchsen zu 1, 2 $\frac{1}{2}$  u. 7 $\frac{1}{2}$  kg (pro Kilo Mk. 1,50).

weshalb z. B. für den Chirurgen, Gynäkologen etc. die Desinfection mit Seifenspiritus und steriler Bürste den Vorzug verdient.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 30.)

- Einen neuen **sterilisirbaren Larynxspiegel**\*) construirte Dr. G. Trautmann (München) möglichst einfach und auch leicht auseinanderzunehmen. Er besteht aus der metallenen Kapsel als Gehäuse, dem Glasspiegel und dem Verschlussring, der den Spiegel in der Kapsel fixirt. Letzere hat 2 seitliche Knöpfchen, welche in einer Rinne des oberen Ringes laufen; durch einfache Drehung sind beide fest mit einander verbunden. Will man vor oder nach dem Gebrauch den Spiegel nur desinficiren, so ist das sehr gut möglich, indem man ihn mit in eine antiseptische Lösung getauchten Wattebausch abreibt (nur Einlegen in eine Flüssigkeit nicht empfehlenswerth!); will man ihn aber in besonderen Fällen sterilisiren, so nimmt man den Glasspiegel heraus und kocht Kapsel und Kapselring aus. Den Glasspiegel selbst braucht man nicht zu sterilisiren, weil er ja mit den Rachentheilen in keine Berührung kommt; ist er verunreinigt, kann er mechanisch gesäubert oder, bei Mangel an Zeit, durch einen Reservespiegel sofort ersetzt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 25.)

- Auch Dr. A. Bass (Wien) construirte einen **zerlegbaren, aseptischen Spiegel für laryngo- und odontologische Zwecke**\*\*), in zerlegtem Zustand vollkommen sterilisirbar: die Metalltheile durch Kochen, das Spiegelglas durch Abreiben mit Desinficientien. Das zerlegbare Spiegelgehäuse besteht: 1. aus einem an dem Stiel in dem durch den speciellen Zweck erforderten Winkel befestigten Gehäuse, dessen überhöhter Rand gerade gegenüber dem Stielansatz eine kleine, nach innen umgeschlagene Zunge trägt; 2. aus einem schmalen, gut einpassenden Haltring, welcher auf einer Seite eine kleine, mit der vorerwähnten Zunge correspondirende Ausnehmung und, derselben gegenüber, einen ca. 1 cm langen, unter dem-

\*) Gefertigt (in 2 Grössen) von Beck und Plazotta, München, Sonnenstr. 9

\*\*) Hergestellt von Rudolf Kutil, Wien.

selben Winkel wie der Spiegelstiel befestigten Stiel besitzt. Dieser letztere, sowie das dem Spiegel zusehende Stielende bilden zusammen die beiden genau zusammenpassenden Hälften einer längs durchschnittenen Schraubenspindel und werden, so wie der Spiegel zwischen Halt-ring und Gehäuse (Rückenplatte) liegt, durch eine kleine Ueberwurfmutter verlässlich zusammengehalten. Die Stiele passen in jeden der gebräuchlichen Griffe, die Zahnspiegel sind auch mit fixem Griffe versehen.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 26.)

- Ueber die **Nachbehandlung von Zahnextractionswunden** lässt sich Prof. Dr. H. Boennecken aus. Die meisten Pat. wünschen eine Zahnextraction, um von ihren heftigen Schmerzen rasch befreit zu werden. Nun pflegt nur bei Extraction von pulpakranken Zähnen ohne Periostaffection dies Resultat sofort einzutreten, und diese Zähne werden heutzutage von den Zahnärzten meist konservativ behandelt, während gerade Zähne extrahirt werden, die an acuter Periodontitis erkrankt sind. Bei diesen hören aber leider die Schmerzen nach der Extraction, selbst wenn dieselbe vollkommen gelungen ist, nicht auf, sondern dauern öfters noch Tage, ja Wochen hindurch an. Gemeint ist hier nicht der Extractions-schmerz, der ja nur  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde anhält und heute durch Anaesthetica, besonders durch Tropicocain (5%ige Lösung) wesentlich abgeschwächt werden kann. Allerdings setzt ja mit dem Nachlassen der betäubenden Wirkung, einige Minuten nach der Extraction, der Nachschmerz ein, der bei bestehender Periostitis äusserst heftig zu sein pflegt und uns oft zwingt, die Wunde mit Cocain oder Orthoform aufs Neue zu anaesthesiren. Nach etwa 1 Stunde ist der heftige Nachschmerz vorüber, es bleibt nur ein dumpfes Schmerzgefühl zurück, welches in günstig verlaufenden Fällen gänzlich schwindet und in einigen Stunden völligem Wohlbefinden Platz macht. In anderen Fällen wieder, und insbesondere bei den Extraktionen, die wegen Periostitis der Zähne des Unterkiefers vorgenommen werden, pflegt gleich in der auf die Extraction folgenden Nacht der Schmerz wieder anzuschwellen und noch eine Reihe von Tagen und Nächten auszudauern. Diese mit Schwellung und Druckempfindlichkeit der betreffenden Kieferseite verbundenen Schmerzen

haben tagüber den Charakter des dumpfen, bohrenden Knochenschmerzes, gegen Abend werden sie heftiger und sind des Nachts gewöhnlich unerträglich. Am 3. bis 4. Tage nach der Extraction erreichen Schmerz, Schwellung etc. ihren Höhepunkt, dann tritt Besserung ein, und am 8—10. Tage ist der Process abgelaufen; nur in ausnahmsweise schweren Fällen dauern die Schmerzen in voller Heftigkeit 2—3 Wochen an. Und der Grund dieser Schmerzen? Ihre Ursache ist zu suchen einmal in der durch die inficirte Pulpa erzeugten Entzündung der Alveole. Zu dieser bereits bestehenden Periostitis alveolaris kommt nun nach der Extraction noch hinzu die Ueberschwemmung und Neuinfection der Knochenwunde mit den Entzündungserregern der Mundhöhle, insbesondere mit den im ungepflegten Munde sich findenden Eitererregern. Aus der Oberkieferwunde fliesst ja das Wundsecret gut ab und event. Ansammlungen von Speiseresten können durch Mundspülungen leicht herausgeschwemmt werden. Daher nach Extraktionen im Oberkiefer selbst bei bestehender heftiger Periodontitis gewöhnlich rasche, uncomplicirte Heilung! Im Unterkiefer bietet die Extractionswunde den günstigsten Boden für eine Retention von Wundsecreten, hier sammeln sich, besonders nach Extraction von Molaren, in der Tiefe der Wunde nach jeder Mahlzeit Speisereste an, welche auch durch Spülen nicht entfernt werden können. Kein Wunder, dass hier fast nach jeder Extraction eine mehr oder weniger heftige Periostitis und Osteomyelitis alveolaris auftritt! Wir machen durch die Extraction eine mit der Körperoberfläche communicirende Knochenwunde, die nun mit Bakterien ausgiebig inficirt wird. Wenn trotzdem meist allgemeine Sepsis nicht eintritt, so ist das nur gewissen natürlichen Schutzvorrichtungen zu danken. Der Kiefer entbehrt nämlich eines gut entwickelten Lymphgefässsystems (daher kommt es auch, dass die Caries dentium für gewöhnlich ein streng localisirter Infectionsprocess bleibt, und dass auf den gangraenösen Zerfall der Zahnpulpa nur ausnahmsweise septische Allgemeininfection erfolgt), ferner kommt hier die Phagocytose zur vollen Geltung; dem Mundspeichel sind grosse Mengen Leukocyten beigemischt (treten ständig aus dem adenoiden Gewebe der Zunge in die Mundhöhle aus), die ganze Massen Streptokokken

und Bakterien in ihr Protoplasma aufnehmen, dann hinuntergeschluckt werden und im sauren Magensecret zu Grunde gehen. Ohne diese Schutzvorrichtungen würde jede Zahnextraction gefährlich werden, und wenn jene mal versagen, wird sie in der That lebensgefährlich, indem schwere Septikämie eintritt und letal endet. Glücklicherweise aber sind das Ausnahmen, und in der Regel heilt die Extractionswunde unter dem Bilde einer localisirten Entzündung ab. Es wäre nur noch eine Complication zu erwähnen, der „Zahnlückenschmerz“. Manchmal machen sich 8—14 Tage nach der Extraction in der fast schon verheilten Wunde noch einmal heftige Schmerzen bemerkbar, anfallsweise auftretend, am heftigsten Nachts. Die Umgebung der schmerzenden Alveole ist stark druckempfindlich, und schon Berührung mit dem Finger, mit Nahrungsmitteln löst heftige Schmerzanfälle aus. Es handelt sich um entzündliche Reizung der Endigungen des N. alveolaris, also um Alveolarneuritis. Narkotica sind meist machtlos, dagegen hilft meist Aetzung der Wunde mit einem in concentrirte Carbolsäure getauchten Wattebausch. Wie verhindert man nun alle jene Complicationen? Dadurch, dass wir *jede Extractionswunde in den ersten 24 Stunden, wo die Infectionsfähigkeit am grössten ist, vor der Berührung mit den Schädlichkeiten der Mundhöhle schützen, d. h. mit Jodoformgaze (10—15%) austamponiren!* Autor thut dies seit 4 Jahren und hat seitdem fast nie Störungen gesehen. Ein kleines Stückchen Gaze, das die Alveole ganz austamponirt, wird mit Stopfer und Pincette an Ort und Stelle gebracht, so zwar, dass es nicht über den Zahnfleischrand herausragt. Spülungen unterbleiben, der Tampon wird nach 24 Stunden entfernt, dann erst alles für Reinhaltung der Mundhöhle gethan. Die Tamponade bewirkt auch exacte Blutstillung, sodass Nachblutungen fast nie vorkommen. Ausgenommen von dieser Behandlung sind nur Milchzähne, ferner Ersatzzähne und Wurzeln, die schon stärker gelockert waren, in deren Alveolen sich also bereits Granulationsgewebe gebildet hatte, endlich Fälle, wo gleich bei der Extraction eine Eiterentleerung aus der Alveole erfolgte (hier nur einfach Spülung!). Versuche, die Jodoformgaze durch eine andere zu ersetzen, sind bisher gescheitert, alle übrigen zersetzten sich sehr rasch; für die Mundhöhle

bleibt also Jodoformgaze das einzige verwendbare Verbandmittel (das freilich auch nur einen Tag liegen bleiben darf!). Hat Pat. am Tage nach der Extraction den Tampon entfernt, so genügt für gewöhnlich das regelmässige Ausspülen des Mundes mit Wasser nach jeder Mahlzeit, um die Heilung zu unterstützen. In der besseren Praxis kann man ja ein Mundwasser verordnen, am besten Wasserstoffsuperoxyd (2%). Bei bestehender Periostitis muss nach Herausnahme des Tampons damit  $\frac{1}{4}$  stündlich gespült werden. Bei schwerer Periostitis alveolaris im Unterkiefer verordnet Autor dem Pat. eine Hartgummispritze mit rechtwinklig gebogener Canüle und lässt ihn nach Entfernung des Tampons die Wunde  $\frac{1}{4}$  stündlich mit 2% iger Wasserstoffsuperoxydlösung ausspritzen. Zur Herabsetzung des Schmerzgefühls nach der Extraction leistet Orthoform die besten Dienste; gründliches Ausstäuben der Wunde mit Orthoform und nachfolgende Tamponade mit Jodoformgaze, die mit Orthoformpulver imprägnirt ist, lindern sehr bald die heftigsten Nachschmerzen. Dringend zu warnen ist bei bestehender Zahnperiostitis vor heissen Kataplasmen, insbesondere vor den so beliebten Breiumschlägen auf die Wange, die stets raschen Durchbruch der periostalen Eiterung in das lockere Zellgewebe der Wangen bewirken und nicht selten Schuld sind an Wangenfisteln. Wenn überhaupt Umschläge verordnet werden, so ist bei allen entzündlichen Processen an den Kiefern nur Kälte indicirt, am besten in Form von Compressen mit eiskalter Essigsäurethonerdelösung.

(Prager med. Wochenschrift 1901 No. 37.)

**Blutungen.** Eumenol und Stypticin\*) hat Dr. H. Langes (Schw.-Gmünd) mit Erfolg angewandt. *Eumenol* (Extract aus der Wurzel einer in China vorkommenden Pflanze) gab er hauptsächlich bei *Dysmenorrhoe* der Nulliparen, wo kein grösserer organischer Fehler nachweisbar, also wohl bei geringeren Deviationen des Uterus, bei *zu häufiger und zu starker Menstruation* und auch bei zu starker Menstruation von Multiparen. Er verordnete in der Woche vor Eintritt der Menses 3 mal tägl. 1 Esslöffel nach dem Essen, im Ganzen gewöhnlich 100—150 g;

\*) Beides Präparate von E. Merck, Darmstadt.

Wirkung stets eclatant! Die heftigen Kreuz- und Leibschmerzen, die am Tage vor und am 1. und 2. Tage der Periode einzutreten pflegten, wie weggeblasen (traten aber nach  $\frac{1}{4}$  Jahr wieder auf, wo aber 100 g Eumenol wieder Hülfe brachten). In 2 Fällen, wo eine mässige Retroversio von anderer Seite mit Ring vergebens behandelt war, liessen die Beschwerden auf 100 g Eumenol nach. Die Wirkung auf starke B. veranlasste Autor ferner zum Versuch bei einer im 9. Monat Gravida, bei der etwa 14 Tage vor der Niederkunft schwache B. ohne nachweisbare Ursache auftraten. Pat. hatte jedesmal bei den vorhergehenden 6 Geburten starke B. gehabt; jetzt hörten die B. bei Eumenol bald auf, ebenso bei einem ähnlichen Falle. Bei B. im 5. Monat der Gravidität erzielte Autor ebenfalls ein glänzendes Resultat mit Eumenol, das auch nie eine schädliche Nebenwirkung äusserte. Ein sehr gutes Mittel bei profusen Menses von Nulli- und Multiparen ist auch *Stypticin*, auch in Form der Tinct. Styptici:

Rp. Stypticin. 1,0  
Tinct. Cinnamom. 10,0

Am besten giebt man am 1. und 2. Tag der Periode pro die 5 Tabletten Stypticin oder 3 mal 30 Tropfen der Tinctur, wobei gewöhnlich am 1. Tage heftigere B. unter wehenartigen Schmerzen hervortreten, am 2. Tage aber schon nachlassend und meist am 4. Tage ganz verschwindend. Giebt man auch bei der nächsten Periode wieder 10 Tabletten oder 6 mal 30 Tropfen in 2 Tagen, so werden die folgenden Menses meist für längere Zeit weniger stark und kürzer dauernd.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 7.)

- **Stypticin** hat sich auch Dr. Thyen (Dhuenn) bestens bewährt, der besonders die gute Wirkung der Stypticinwatte und Stypticingaze hervorhebt, die ihm bei äusseren B. wesentliche Dienste leisteten.

(Medico 17. VII. 01.)

- **Stypticin** wandte Dr. A. Schossberger (Neusatz) hauptsächlich bei *Endometritis gonorrhoeica et hypertrophica* und bei *atypischen B. im Klimakterium* an (6—8 Tabletten à 0,05 pro die), und zwar meist bei Pat., bei



denen bereits Extract. Hydrast. ohne Erfolg verabreicht worden war. Stypticin wirkte fast ausnahmslos prompt, und verschwanden die B. rasch.

(Die Heilkunde 1901 No. 5.)

- **Gelatine als Haemostaticum** lernte Dr. Helbich (Graslitz) schätzen. Bei 2 Fällen von *Epistaxis*, wo vordere und hintere Tamponade sich als unwirksam erwiesen, standen die B. sofort, als die vordere Tamponade mit in  $2\frac{1}{2}\%$  ige laue Lösung von Gelatine getauchten Tampons gemacht wurde, und in einem schweren Falle von *Haematoemesis* (*Ulcus ventriculi*), bei dem ebenfalls andere Haemostatica versagten, konnte Autor die B. prompt bekämpfen, sobald er Gelatine per os gab.

(Die Heilkunde 1901 No. 9.)

- **Fersan** hat Stabsarzt Dr. Hrach (Przemysl) bei einem Falle von hochgradiger Anaemie infolge von Bluterbrechen bei *Ulcus ventriculi* angewandt und war mit dem Erfolge sehr zufrieden. Der 21jährige Pat. bekam das Mittel (erst als Pulver, dann Pastillen) 4 Wochen nach der letzten Haematoemesis zum 1. Male und dann einige Wochen gereicht, worauf die Anaemie sich wesentlich besserte, subjective und objective Erscheinungen verschwanden. Der Fall zeigt, dass man Fersan auch in Fällen verordnen darf, wo die Verdauungsthätigkeit des Magens durch krankhafte Affectionen stark herabgesetzt wird. In diesem, wie in 2 anderen Fällen von *Ulcus ventriculi* gab Autor in der Zeit der B. den Pat. einen dicken Absud von Kalbsfüssen (Kalbsfuss-Schleimsuppe) mehrmals täglich, und er glaubt dieser Suppe eine wesentliche haemostatische Wirkung zuschreiben zu können, die wahrscheinlich auf der in derselben enthaltenen Gelatine beruht.

(Wiener med. Wochenschrift 1901 No. 23.)

- **Einen Fall von Darmblutungen bei einem 12jährigen Knaben** erlebte M. Lapin. Bei dem, von nervösen Eltern stammenden, sonst durchaus gesunden Knaben hatten sich 2 Monate vor Eintritt in das Hospital häufige B. aus dem Darm eingestellt, die von starken Enteralgieen begleitet waren. Periodisch traten in Intervallen von 2—4 Tagen bei vollem Wohlbefinden starke

Schmerzen im Leibe auf, begleitet von heftigem Stuhl-drang; die darauffolgende, aus flüssigen Faeces bestehende Entleerung förderte auch 1—2 Esslöffel dicken, dunklen Blutes zu Tage. Die Therapie bestand, da keinerlei organische Ursache für das Leiden entdeckt werden konnte, in Suggestion und Natr. bromat. Da der Erfolg ein eclatanter war, hält Autor die B. für *hysterische*.

(Djetskaja Medizina 1901 No. 2. —  
Revue der Russ. Med. Zeitschriften 1901 No. 8.)

**Bronchitis.** Künstliche Athmung bei B. der Kinder empfiehlt Oberstabsarzt Heermann (Posen). Vor mehreren Jahren behandelte derselbe ein 6 monatliches Kind an B., die trotz aller Mittel rasch fortschritt und bei 160 Pulsen und mehr als 80 Athemzügen zu schweren Kohlensäure-Vergiftungserscheinungen führte, sodass der Exitus allgemein bald erwartet wurde. Autor kam nun auf den Gedanken, künstliche Athmung vorzunehmen, und zwar abwechselnd durch Druck auf die falschen Rippen, sowie durch Schultze'sche Schwingungen, zunächst 2 Stunden. Sodann liess er, als die unmittelbare Lebensgefahr beseitigt war, erstere Methode durch die Eltern 2 Tage lang mit immer grösseren Pausen fortsetzen, worauf das Kind rasch genas. Seither wandte Autor in allen Fällen von B. und Bronchopneumonie zunächst beim Eintritt bedrohlicher Erscheinungen, später aber auch schon vorher, dies Verfahren mit Nutzen an. Mehrmals täglich je  $\frac{1}{2}$  Stunde müssen die Angehörigen des Kindes bei der Ausathmung immer einen leichten Druck mit einer Hand auf die falschen Rippen ausüben und öfter mit der Hand wechseln, damit dieselbe nicht zu schwer wird. Dadurch wird das Auswerfen gefördert, die Athmung vertieft, die Zahl der Athemzüge vermindert und der Puls gehoben, kurz über diejenigen Momente, in welchen durch Schleimanhäufung in den Bronchien und Erlahmung der Athmungsmuskeln Gefahr droht, hinweggeholfen.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 8.)

**Erysipel.** Die Behandlung mit Ichthyol empfiehlt warm Dr. Eschle (Hub.). Sobald ein Gesichtserysipel constatirt ist, wird die ganze befallene Hautparthie und ein ziemlicher Strich der Umgebung, Augenlider und Lippen

sind nicht ausgenommen, ziemlich dick *mit reinem, unverdünntem Ichthyol bepinselt* und nach kürzerer Zeit mit einer spinnewebe- bis battisttuchdicken Watteschicht bedeckt. Nach dem Antrocknen dieser wird eine stärkere Wattelage über der erkrankten Stelle durch ein cravattenförmig zusammengesetztes Tuch locker aufgebunden. Männer werden vorher noch einmal völlig im Gesicht rasirt, dann unterbleibt das Rasiren bis zur Wiederherstellung, die bei dieser Methode sehr rasch eintritt. Eine Erneuerung der Procedur durch nochmaliges Ueberpinseln der fest anklebenden dünnen, unteren Watteschicht am 3. Tage wurde nur selten nothwendig, gewöhnlich blieb der Process auf die zuerst in Angriff genommene Gegend beschränkt, die Haut schrumpfte zusammen und schälte sich im Laufe einer Woche mit der angetrockneten Wattelage unter Hinterlassung einer gesunden, rosig gefärbten Epidermis ab. Niemals Misserfolge!

(Die Heilkunde 1901 No. 6).

- Ueber die **Behandlung mit Serum von an E. erkrankten Individuen** berichtet Dr. V. Jez (Wien). Derselbe entnahm einem an E. Erkrankten aus der Vena mediana mittelst Pravazspritze etliche Gramm Blut, stellte dasselbe zur Sedimentirung an einen kühlen Ort und injicirte von dem Serum stets demselben Pat., von dem das Blut stammte, je nach der Schwere der Krankheit, 1—10 g subcutan. 1 Stunde nach der Einspritzung Erhöhung der Körpertemperatur, die aber später immer niedriger war, bis sie im Verlaufe von 24—48 Stunden normale Werthe zeigte. Auch der locale Zustand besserte sich rasch; schon einige Stunden nach der Injection Röthung weniger intensiv. Nie unangenehme Nebenerscheinungen! Später gewann Autor das Serum durch Application eines blasenziehenden Mittels; auch dies, dem Pat., von dem es genommen wurde, zu 5—20 g subcutan injicirt, erwies sich gegen E. als sehr wirksam. Behandelt wurden so 10 Fälle, darunter einige sehr schwere, wo die Temp. über 40° betrug und sehr schwere Allgemeinerscheinungen bestanden. Nach jeder Einspritzung wurde die mehr oder weniger grosse Erhöhung der Temp. beobachtet als Reaction des Organismus. Nach dieser Reactionsperiode erfolgte das langsame Eliminiren der giftigen Stoffe binnen 24 Stunden,

während welcher Zeit die Temp. allmählig sank, bis sie nach 24 Stunden zur Norm zurückkehrte. Das Serum besitzt keinerlei antitoxische Eigenschaften, übt aber jedenfalls einen Reiz aus, sodass die Organe zu vermehrter Thätigkeit angetrieben werden, was auf den Organismus günstig einwirkt; es kommt, wie Autor constatirte, zur Vermehrung der Leukocyten im Blute und zu vermehrter Ausscheidung der giftigen Producte durch den Harn. Die Wirkung des Serums liegt also nicht in der Neutralisirung der von den Streptokokken producirten Toxine, sondern in der Beeinflussung der lebenden Zellen. Mit dem Sinken der Temp. verschwinden auch die Schlaf- und Appetitlosigkeit u. s. w., auch die localen Erscheinungen gehen bald zurück, ein Weitergreifen, ein Wandern findet nicht statt. Für gewöhnlich reichen 5—10 g Serum aus; ist nach 24 Stunden keine Besserung zu constatiren, so injicire man grössere Mengen. Schon das Auftreten einer erhöhten Temp. 1—2 Stunden post inject. lässt eine Wirksamkeit des Serums erwarten, und tritt diese Reaction nicht ein, so kann man sofort eine neue Einspritzung machen. Die Zahl der behandelten Fälle von Gesichtserysipel ist zu gering, um allgemeine Schlüsse zu ziehen, jedenfalls aber ist das Verfahren der Nachprüfung werth.

(Wiener med. Wochenschrift 1901 No. 35.)

**Gonorrhöe.** Über gonorrhöische **Exantheme** bei **Neugeborenen** berichtet Dr. Jens Paulsen (Ellerbeck). In einzelnen schweren Fällen führt Ophthalmie zu Hautmetastasen, und hat Autor einen derartigen Fall schon früher beschrieben (s. unten). Das Auftreten von gonorrhöischen Exanthemen neben Gelenkentzündungen veranlasste Autor, genauer auf die bei Neugeborenen auftretenden Erkrankungen dieses Ursprungs zu achten, und es zeigte sich, dass Exantheme nicht bloss als Metastasen der Augenentzündung auftreten, sondern dass primäre Infectionen der Art ein nicht ganz seltenes Vorkommniss sind. Als schwersten Fall theilt Autor den früheren Fall mit: Knabe W. erkrankte 2 Tage nach der Geburt an starker Ophthalmoblennorrhöe. Am 9. Tage Schwellung des linken Kniegelenks, am 12. Tage des rechten. Während letzteres spontan ausheilte, ver-

eiterte das linke, sodass es nach einer Krankheitsdauer von 18 Tagen geöffnet werden musste. Im Eiter nur Gonokokken. Heilung mit normaler Function. Daneben war nun noch geringe Schwellung des Metacarpophalangealgelenks des r. Zeigefingers eingetreten, ferner vereinzelt Bläschen im Gesicht, — sehr zahlreiche Papeln und Bläschen mit gonokokkenhaltigem Inhalt traten jedoch vom 18. Tage an auf beiden Beinen auf und verschwanden erst nach der Operation. Die Exantheme traten hier also auf, nachdem sich ein grösserer gonorrhöischer Herd in den Gelenken gebildet hatte, von dem aus die weitere Infection erfolgte. Die Schwere der Erkrankung ist erklärlich aus dem Umstande, dass die Mutter an stärkerem Ausflusse litt und selbst an Perimetritis und Parametritis gonorrhöica in puerperio erkrankte. Eine schwerere Infection erfolgte auch in folgendem Falle: Knabe B. kam am 10. Tage in Behandlung. Linke Glandula postauricularis stark vergrössert und fluctuirend. Incision, beträchtliche Menge Eiters. Im äusseren Gehörgange schon spontan aufgebrochener Furunkel. Ueber den ganzen Körper feines Exanthem verbreitet, Papeln und Bläschen. Heilung rasch, Exantheme schwanden in etwa 10 Tagen. Augeneiterung war nur gering gewesen und in kurzer Zeit von selbst geheilt. Mutter hatte in der Schwangerschaft an Ausfluss gelitten. In 2 anderen Fällen, in denen die Mütter Ausfluss zugaben, traten bei dem einen Kind nach einer ganz schwachen Augenerkrankung Papeln und Bläschen am ganzen Körper auf, bei dem anderen Kind fanden sich nur sehr spärliche Bläschen am 14. Tage trotz sehr heftiger Ophthalmie. Negirt wurde der Ausfluss der Mütter in 2 weiteren Fällen, wo eine ganz schwache Augeneiterung stattfand, die klinisch nicht mehr, sondern nur durch Gonokokkenbefund im Conjunctivalsecret nachweisbar war, als die Kinder am 8. resp. 10. Tage Bläschen im Gesicht und am Rumpf aufwiesen. Diesen Fällen gegenüber findet man nun andere, in denen eine Augenaffectation nicht nachweisbar, wohl aber gonokokkenhaltige Bläschen. Zunächst 3 Fälle, in denen geringer Ausfluss bestanden hatte. Bei dem Mädchen S., das am 11. Tage in Behandlung kam, waren am 3. Tage Bläschen am Kopf aufgetreten. Am 11. Tage über den

ganzen Körper verbreitet linsen- bis bohngrosse Bläschen mit serösem und seropurulentem Inhalt. Verschwanden völlig innerhalb 8 Tagen. Im Conjunctivalsecret keine Gonokokken. Beim Knaben N. am 5. Tage auf dem rechten oberen Augenlid ein Bläschen, wenig andere in den nächsten Tagen im Gesicht. Im Conjunctivalsecret keine Gonokokken. Beim Knaben B. zur selben Zeit spärliche Bläschen am Kopf und Rumpf. Die Augen boten klinisch nichts Abnormes, doch fanden sich Gonokokken. In den letzten 3 Fällen wurde Ausfluss von der Mutter geleugnet. Der Knabe F. kam am 24. Tage in Behandlung, übersät mit Papeln und Bläschen über den ganzen Körper; ausserdem an Armen und Beinen einzelne Furunkel, von denen einer incidirt werden musste, die anderen schon spontan aufgebrochen waren. Nach 10 Tagen alle Erscheinungen geschwunden. Die ersten Bläschen waren am 3. Tage aufgetreten. Beim Knaben S. traten ganz vereinzelt, hanfkorn-grosse Bläschen am 7. Tage am Kopfe auf und verschwanden in wenigen Tagen. Am 10. Tage am harten Gaumen ein gonorrhoeisches Geschwür. Ganz spärliche Bläschen traten am Kopf und Gesicht beim Knaben S. auf, die nach einigen Tagen verschwanden; im Conjunctivalsecret zahlreiche Gonokokken ohne klinische Erscheinungen. — Diese gonorrhoeischen Exantheme sind bisher noch nicht beschrieben. Nur Buschke hat alle bisher bekannt gewordenen Fälle über gonorrhoeische Hautaffectionen gesammelt. Diese sind bisher nur im Gefolge von genitaler G. bei Erwachsenen beobachtet worden, und der Nachweis von Gonokokken in ihnen ist bisher noch nicht erbracht. Die Aetiologie in den obigen Fällen kann nicht zweifelhaft sein. Theils handelt es sich um einfache Metastasen, wie im 1. Falle. Ob auch in den Fällen, wo die Augeneiterung nur gering war, Metastasen anzunehmen sind, erscheint fraglich, vielmehr kann es sich sehr wohl um directe Infection der Haut handeln. Diese ist ganz sicher in den Fällen, wo keine Ophthalmie eintrat. Auf den Modus der Infection weist die häufige Localisation am Kopfe und das erste Auftreten an dieser Stelle hin. Der Kopf ist als der vorangehende Theil in der Geburt am längsten und stärksten mit der aufgeweichten Schleimhaut der Geburtswege in Berührung. Es zeigt

5\*

sich dabei wieder, dass die G. des Weibes eine Erkrankung ist, die nur schwer völlig ausheilt. Wenn auch klinische Erscheinungen fehlen und im Allgemeinen keine Infectiosität mehr besteht, so finden sich doch noch latente Gonokokken in der Tiefe der Gewebe, die bei der allgemeinen Auflockerung derselben in der Gravidität an die Oberfläche kommen. Ob sie hier stärker virulent werden, oder ihre geringe Virulenz genügt, um Infection der zarten Gewebe der Neugeborenen herbeizuführen, sei dahingestellt. Doch muss man eine geringere Virulenz annehmen in den Fällen, wo nur leichte Erscheinungen auftreten. Möglicherweise handelt es sich hier auch um die Involutionsformen der G., auf die Wertheim hingewiesen hat, die den mikroskopischen Nachweis bestehender G. der Mutter hindern, aber virulent genug sind, um das Neugeborene zu inficiren. Dass der Nachweis von Gonokokken in Hautausschlägen der Neugeborenen ein leichtes und unauffälliges Mittel bietet, ohne Wissen der in Betracht kommenden Pat. die Frage nach Bestehen oder Heilung einer G. zu beantworten, ist klar. Die Diagnose kann nur durchs Mikroskop gestellt werden. Autor hat Papeln und Bläschen gefunden in Gesellschaft von leichter Augenentzündung, in mehreren Fällen, wo sich keine Gonokokken fanden, sondern nur kurze Bacillen oder Staphylokokken; irgend einen klinischen Unterschied von gonorrhöischen Exanthemen boten sie nicht; von Pemphigus neonatorum unterscheiden sie sich leicht durch ihre viel geringere Grösse, ihr langsames Wachsthum und langsames Verschwinden. Auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Kinder hatten die Exantheme keinen Einfluss. Es wurde auch keine besondere Therapie eingeleitet; Reinlichkeit und Oeffnung grösserer Blasen genügt. Die Exantheme sind keineswegs selten, und wenn Groenouw in 100 Fällen von Augeneiterung Neugeborener, die er innerhalb 3 Jahren beobachtete und bakteriologisch und culturell auf ihren Ursprung untersuchte, keine derartigen Exantheme erwähnt, während Autor in  $\frac{1}{2}$  Jahr an einem kleinen Material seine Fälle sammelte, so liegt das wohl daran, dass jener vorgekommene Exantheme nicht in Zusammenhang mit der G. brachte und deshalb nicht erwähnte. Die Resultate

seiner Beobachtungen fasst Paulsen in die Sätze zusammen:

1. Gonorrhöische Hauterkrankungen bei Neugeborenen sind weit häufiger, als solche im Anschluss an genitale Gonorrhö Erwachsener.
2. Sie sind bedingt durch den Gonokokkus.
3. Sie können als Metastasen einer Ophthalmie oder durch primäre Infection der Haut auftreten.
4. In schweren Fällen kann im Gefolge derselben Furunculose und Drüsenvereiterung eintreten.
5. Eine Gefahr für die Gesundheit des Kindes scheinen sie nicht zu bedingen.
6. Nähere Untersuchungen über ihr Vorkommen und Prognose sind wünschenswerth.

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 25.)

- Die Verwendung des Protargols zur Verhütung der Augeneiterung Neugeborener empfiehlt auf Grund von 1200 Beobachtungen Dr. Piotrowski (k. k. Hebeammenlehranstalt Krakau). Bis 1899 benützte Autor 20%ige Lösung (170 Fälle), bei der aber immerhin in 35% Reizerscheinungen und in 7,6% Secundärkatarrhe vorkamen. Seitdem verwandte er (1030 Fälle) 10%ige Lösung, die nur in 10% Reizung, in 1,2% Secundärkatarrh hervorrief, und dabei sich glänzend bewährte. Denn obwohl bei der dortigen Bevölkerung G. recht häufig ist, trat bei den 1030 Fällen kein einziges Mal *Blennorrhöe* auf! Unmittelbar nach der Geburt wurde nach Reinigung der Augenlider (3%ige Borlösung) der Bindehautsack gründlich mit der Protargollösung durchgespült (Tropfglas!). Letztere erwies sich also als ausgezeichnetes Prophylacticum, welches das Argent. nitr. vollständig zu ersetzen vermag, und sie sollte daher auch den Hebeammen getrost in die Hand gegeben werden.

(Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 31.)

- Ueber den Werth und die Anwendungsweise des Protargols bei der Bekämpfung der G. lässt sich Dr. J. Plato (Breslau, Neisser'sche Klinik) aus. Protargol wurde zuerst von Neisser 1897 als Antigonorrhöicum empfohlen. Seitdem fortgesetzt in der Klinik angewandt, bewährte es sich weiter so gut, dass es Autor an die



Spitze derjenigen Mittel stellt, die geeignet sind, den Process auf die Anterior zu beschränken und Complicationen zu verhüten, das Hauptziel einer rationellen Trippertherapie! Kann nun aber Protargol auch für die allgemeine ärztliche Praxis als besonders geeignet empfohlen werden? Das ist der wesentlichste Punkt der Gonorrhoefrage, da ja die grösste Mehrzahl dieser Pat. zum prakt. Arzt geht und dieser es in der Hand hat, dadurch die ungeheure Verbreitung der G. zu verhüten, dass er die Zahl der chronisch infectiösen Männer herabzusetzen versucht. Dies kann aber durch eine Verbesserung der heute von der Mehrzahl der prakt. Aerzte ausgeführten Therapie, durch eine ausgedehntere und sachgemässere Anwendung des Protargols erreicht werden. Injicirt man bei G. irgend ein Mittel, so muss man sich zunächst des rein mechanischen Effectes dieses Vorgehens bewusst sein. Der gonorrhoeische Process schreitet im allgemeinen vom Orificium extern. nach der Blase zu fort, der Eiter fliesst in umgekehrter Richtung nach aussen. Injiciren wir nun mit einer gewöhnlichen Tripperspritze, so besteht die Möglichkeit, dass wir künstlich infectiöses Material von inficirten Regionen in noch nicht inficirte schaffen. Dadurch dass der Schliessmuskel der entzündeten Urethra viel leichter nachgiebt, als der der normalen, kann sogar so das infectiöse Material direct in die Posterior hineingetrieben werden. Dieser mechanische Effect ist natürlich bei allen injicirten Mitteln vorhanden, doch hat er ganz verschiedene Bedeutung je nach der Natur des injicirten Mittels. Vergleicht man da z. B. *Zinc. sulfur.* mit dem Protargol:

1. Der rein mechanische Effect der Injection kann leicht zu Complicationen führen, da das event. verschleppte infectiöse Material nicht durch das Mittel selbst desinficirt wird.

2. Die specifische Wirkung des *Zinc. sulfur.* besteht in einer Herabsetzung der Entzündung und Eiterung, d. h. in einer Bekämpfung der natürlichen Abwehrerscheinung des Organismus gegen den eingedrungenen Gonokokkus.

3. Durch die in vielen Fällen ganz offenbare günstige Beeinflussung des Processes im rein klinischen Sinne und für die Auffassung des Pat. wird der letztere sich leicht dem Einflusse des Arztes entziehen, bevor

dieser das Fehlen der Gonokokken nachgewiesen und den Pat. als „geheilt“ entlassen hat.

Die Wirkung des *Protargols* ist eine ganz andere:

1. Der rein mechanische Effect der Injectionen führt nicht zu Complicationen durch Verschleppung infectiösen Materials, da erfahrungsgemäss die Gonokokken schnell von der Oberfläche der Schleimhaut verschwinden, was nur auf die desinficirende resp. entwicklungshemmende Kraft des *Protargols* zurückgeführt werden kann.

2. Die specifische Wirkung des *Protargols* ist erfahrungsgemäss die Abtödtung und Entwicklungshemmung der Gonokokken. Es steigert dabei weder in unerwünschter Weise die Entzündung, noch wirkt es der Entzündung, d. h. der natürlichen Abwehrerscheinung des Organismus, entgegen.

3. Bei rationeller Anwendung des *Protargols* versiegt die Eiterung in der Regel nicht vor dem Verschwinden der Gonokokken. Der Pat. entzieht sich deshalb nicht so leicht vorzeitig dem Einflusse des Arztes und letzterer wird nicht so leicht verführt, einen scheinbaren Erfolg für einen wirklichen zu halten.

Gerade diese Eigenschaften machen das *Protargol* zu dem geeignetsten Mittel für die allgemeine ärztliche Praxis! Freilich ist es noch weit entfernt, das ideale Heilmittel des G. zu sein, und es ist nichts leichter, als auch mit ihm schlechte Resultate zu erzielen. Es scheint z. B. doch nicht leicht bis zu den tieferliegenden Gonokokken vorzudringen, und auf diesen Mangel an Tiefenwirkung ist es wohl zurückzuführen, dass die *Protargol*behandlung nicht in wesentlich kürzerer Zeit durchgeführt werden kann, als die Behandlung mit anderen Mitteln. Bis zu einer gewissen Tiefe tödten wir die Gonokokken relativ schnell ab, die andern aber müssen wir gleichsam belagern, aushungern, d. h. wir müssen die einzelnen Injectionen möglichst lange ausdehnen, die Pausen zwischen ihnen möglichst kürzen! Die Anwendung des *Protargols* stellt also gewisse Ansprüche an die Sorgfalt und Ausdauer des Pat., ohne ihn auf der anderen Seite ohne weiteres von der Wirksamkeit des Mittels zu überzeugen. Denn für den Pat. stellen die Abwehrerscheinungen des Organismus, die Eiterung, die eigentliche Krankheit dar; die Maass-

nahmen, welche diese beseitigen helfen, erscheinen ihm die rationellsten. Wenn er nun nicht über die wirklichen Vorgänge unterrichtet wird, wenn ihm nicht erklärt wird, dass wir die Eiterung solange erhalten wollen, bis sich kein „Trippergift“ mehr mikroskopisch nachweisen lässt, dann ist sein Vertrauen zum Mittel und Arzt bald erschüttert. Letzterer hat also in jedem einzelnen Falle die Brücke zum Verständniss seiner Pat. zu schlagen. Welche Fälle sind nun für die Protargolbehandlung geeignet? In 1. Linie die ganz frischen Infectionen; je früher der Beginn der Behandlung, desto besser die Aussichten auf Heilung. Aber auch in älteren Fällen, sogar solchen, bei denen die Infection mehrere Wochen zurückliegt, pflegen die Gonokokken in der Regel prompt auf Protargolinjectionen zu verschwinden. Besondere Vorzüge aber hat das Protargol nur für die Behandlung der vorderen Harnröhre. Bei Erkrankung der weniger empfindlichen hinteren Harnröhre können mit gleichem Nutzen andere Silbersalze, namentlich das Argent. nitr. ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  %) angewandt werden. In ganz alten Fällen findet Protargol nur beschränkte Anwendung bei Exacerbationen. Die Anwendung bei der eigentlichen Domäne, der acuten vorderen G. ist nun folgende.

(Die Heilkunde 1901 No. 8.)

(Schluss folgt.)

- Seine Erfahrungen über **Coxitis gonorrhoeica** theilt Prof. König (Berlin) mit. Das Leiden kommt zweifellos viel häufiger vor, als man annimmt, wird daher vielfach falsch beurtheilt und behandelt. Autor beobachtete in den letzten Jahren 20 Fälle, meist Pat. von 20—40 Jahren, die das Leiden in der Regel im acuten Stadium ihrer G. bekamen, selten während des Nachtrippers. In letzterem Falle wurde die Diagnose wiederholt erst aus den gonokokkenhaltigen Fäden im übrigens klaren Harn gestellt. Dem Auftreten der Coxitis ging wiederholt ein *Trauma* voraus (5 mal). Noch wichtiger ist, dass die *Gravidität*, zumal in ihrem Endstadium, sowie das Puerperium offenbar das Eintreten der Krankheit begünstigen, was einen grösseren Theil der früher für puerperal septisch angesprochenen Coxitiden erklärt. Nicht immer erkrankt das Hüftgelenk allein, öfter sind

beide erkrankt, meist in verschiedener Intensität, noch öfter handelt es sich um gleichzeitige Erkrankung anderer Gelenke. Die Combination mit Erkrankung der Wirbelgelenke bei den Spätformen der G. mit der Tendenz zur Versteifung sämtlicher Gelenke hat Autor wiederholt beobachtet. Die Affection verläuft verschieden, oft ganz mild. Bei König's Pat. war, während er das eine schwer erkrankte Gelenk behandelte, das andere nur mit leichten Schmerzen bei Berührung und Bewegung erkrankt, es erholte sich bereits nach mehreren Tagen bei Bettruhe. Aber auch bei den Pat. mit einseitiger Coxitis kam es vor, dass das Gelenk nur mässig erkrankte und rasche Restitutio ad integrum eintrat. Im Ganzen freilich hat die Krankheit keineswegs diesen milden Charakter, die Majorität vielmehr verläuft schwer. Sie zerfällt in zwei Gruppen: Bei der einen beginnt die Scene in relativ milder Weise, die Pat. hinken noch einige Tage, wenn auch mit Schmerzen und partieller Bewegungshemmung herum, allmählig steigern sich die Erscheinungen, der Schmerz besonders wird rasend; die andere erkrankt sofort mit schweren Bewegungsstörungen, dem heftigsten Schmerz und deutlicher Geschwulst. Stets steht der Schmerz im Vordergrund, die active und passive Bewegungsfähigkeit des Gelenkes ist meist hin. Dabei ist die Lage der Extremität eine sehr verschiedene: In einer kleinen Anzahl von Fällen kommt Stellungsanomalie und Contractur überhaupt nicht vor; in der Regel sind dies Fälle mit leichtem Verlauf. Viel öfter sind jene vorhanden, und zwar am meisten mässige Flexion mit Abduction und Aussenrotation. Das Glied erscheint also bei horizontaler Rückenlage verlängert (so in der Hälfte von König's Fällen). Diese Stellung hat bei weitem nicht die Gefahren für die spätere Function als die seltenere, die Flexion bei Rotation nach innen und Adduction, die Luxationsstellung, bei Rückenlage verbunden mit scheinbarer Verkürzung des Beines, offenbar die Anomalie, welche die grössten functionellen Gefahren bietet ( $\frac{1}{4}$  von König's Fällen). Denn bei ihr findet man, wenn sie bereits einige Zeit besteht, sehr oft eine reelle Verkürzung, die uns das Röntgenbild aufklärt: bald steht der Gelenkkopf nur in Subluxationsstellung, bald ist er auch an der Oberfläche defect, während in anderen Fällen die Pfanne einen

Defect zeigt, manchmal beide Theile infolge Schwundes an ihren Oberflächen. Solche Verkürzungen fanden sich in  $\frac{1}{3}$  der Fälle, also häufiger als bei jeder anderen Coxitis, und zwar um 2—5 cm. Parallel mit diesen Stellungsanomalieen gingen in der Regel die Bewegungsbeschränkungen, und zwar waren sie bei der abducirten erheblicher, als bei der Adductionsstellung. Ein sehr constantes Symptom ist ferner die Schwellung, am meisten ausgesprochen auf der Vorderseite, hier öfter fluctuirend, ab und zu auch mit phlegmonösem Charakter. Mit der Schwellung geht, zumal im acuten Stadium, ein meist nicht hohes und wenig typisches Fieber einher. Nochmals zusammengefasst steht also an der Spitze der charakteristischen Erscheinungen die grosse Schmerzhaftigkeit. Tritt plötzlich bei G. eine Gelenkschwellung unter heftigen Schmerzen ein, derart, dass bald die Bewegung aufgehoben ist, kommt dazu mässiges Fieber, so ist die Diagnose so gut wie sicher; gesellt sich dazu schon sehr früh Adductionsstellung und reelle Verkürzung mit Trochanterenhochstand ohne nachweisbare Eiterung, so kann man kaum eine andere Ursache anschuldigen, als G. Was wird nun aus diesen Gelenken, wenn sie nicht zweckmässig behandelt werden? Die milden genesen manchmal mit guter Beweglichkeit, aber die grosse Majorität würde ohne Behandlung in sehr traurige Verhältnisse kommen. Sind doch schon die Resultate bei zweckmässiger Therapie keine idealen, wesentlich freilich wohl, weil diese nicht früh genug eingriff. Fast  $\frac{1}{3}$  der Fälle König's heilte mit mehr oder weniger erheblicher Verkürzung, Beeinträchtigung der Bewegung und Beweglichkeit. Directe Lebensgefahr bedingt das Leiden nicht, nur die functionelle Prognose ist schlecht. Nur 5 Pat. heilten glatt und ohne Störung der Beweglichkeit aus. Von den übrigen ist wohl noch die Hälfte allmählig mit geringen Störungen davon gekommen; der Rest wurde mit erheblichen Störungen, Verkürzungen, Versteifungen, zum Theil in fehlerhafter Stellung, entlassen. Doch wären wohl viele davon glatt geheilt, wenn sie alsbald nach Erkrankung sachgemäss behandelt worden wären, d. h. hauptsächlich mit *Gewichtsextension*. Diese wirkt vor allem rasch schmerzlindernd, zieht die Gelenkenden auseinander und beseitigt so die Wirkungen des Druckes, welchen die erweichten Gelenkenden auf

einander ausüben, beeinflusst sehr gut den entzündlichen Process selbst, sodass der Erguss verschwindet und das Gelenk zur Norm zurückkehrt. Letzteres muss natürlich nicht immer geschehen, eine reelle Verkürzung verschwindet nicht mehr, doch thut sicher auch hier Gewichtsextension mehr als jede andere Behandlung. Auch der Gelenkerguss schwindet nicht stets ohne weiteres; Jodtinctur und andere Hautreizmittel müssen zu Hülfe kommen. Bei Fluctuation leisten mitunter Punction und Injection von Carbolsäure viel Gutes. Findet sich bereits Contractur vor, so fragt es sich, ob diese noch nachgiebig ist. Ist dies der Fall, so kann man noch Extension versuchen, die aber nur bei mässiger, leicht zu beseitigender Contractur genügt, während sonst gewaltsame Beseitigung einzutreten hat. Bei Ankylose wird man sich durch die Stellung bestimmen lassen, ob man dieselbe in Ruhe lässt oder zur Osteotomie resp. Resection schreitet.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 3.)

— **Zur Prognose der ascendirenden G.** spricht Thorn, etwa Folgendes ausführend:

„Die rückläufige, gegen das Vieloperiren gerichtete Bewegung in der Gynaekologie fange allgemach an, auch gegen die operative Therapie der ascendirten Gonorrhö anzukämpfen. Th. habe schon vor vielen Jahren an dieser Stelle gegen die Uebertreibungen der Noeggerath'schen Lehren Front gemacht und stets einer conservativen Behandlung der gonorrhöisch erkrankten Adnexe gehuldigt. Eine kürzlich erschienene vortreffliche Arbeit Krönig's aus der Leipziger Klinik gebe ihm willkommenen Anlass, dies Thema neuerlich anzuschneiden, das eine ganz besondere Bedeutung für die Grossstädte habe. Wenn nun auch zu hoffen sei, dass man sich allgemein zu einer günstigeren Auffassung der Prognose der ascendirenden Gonorrhö bekehren und dass die Zahl der abdominalen und vaginalen Adnexextirpationen und „Beckenausräumungen“ immer mehr in Zukunft eingeschränkt werde, so dürfe dabei nicht das Bestreben, die Prophylaxe in einer dem Culturstaat würdigeren Weise zu gestalten, erlahmen. Wie mangelhaft dies in Folge einer falschen Prüderie der gesetzgebenden Organe sei, lasse sich z. B. besonders bei



unserer Schifferbevölkerung erkennen; aber auch ganz allgemein habe die gonorrhöische Erkrankung in unserer Stadt nach Th.'s Erfahrung nicht nur relativ, sondern absolut mit dem Wachsen des Verkehrs zugenommen. Th. sehe relativ viel Frühstadien der Gonorrhöe, deren Ascendiren durch geeignete Maassnahmen in vielen Fällen verhindert werden könnte, wenn auch von der Abortivbehandlung im Allgemeinen nicht viel zu halten sei. Das Orificium internum bilde, wie für alle Mikroben, auch für den Gonokokkus die Grenze, die er nur unter gewissen Bedingungen überschreite. Das Ascendiren erfolge im Besonderen zur Zeit der Menses und im Frühwochenbett, nicht selten auch durch ungeeignete Encheiresen, z. B. durch unvorsichtige Aetzungen der Cervicalmucosa und durch Sondiren und Curettiren. Der Sondengebrauch ohne exacte Vorsichtsmaassregeln müsse überhaupt in der Gynaekologie auf ein Minimum beschränkt werden, umsomehr, als die Ausbildung der combinirten Untersuchung ihn immer überflüssiger gemacht habe. Wenn irgend möglich stecke man die Frischinfectirte in's Bett und gebe den Ehemann in Behandlung; man müsse durchaus beiden Theilen die Consequenzen einer Vernachlässigung der therapeutischen Vorschriften zu Gemüthe führen und dem Inficirenden seine Verantwortung klar machen, um Exacerbationen resp. Reinfektionen nach Möglichkeit vorzubeugen. Habe der Gonokokkus das Endometrium corporis uteri erreicht, so sei auch jetzt noch eine Abheilung ohne Invasion der Adnexe möglich; nur hüte man sich vor einer zu frühen lokalen Therapie; nicht die gonorrhöische, sondern erst die postgonorrhöische Endometritis gestatte im Allgemeinen eine locale Behandlung. Auch nach dem Vordringen des Gonokokkus in die Tuben und auf's Perimetrium sei eine völlige Restitutio mit Erhaltung der Conceptionsfähigkeit möglich, wie auch Krönig bestätige. Die frische Erkrankung der Adnexe täusche den Unerfahrenen nicht selten; die scheinbare Grösse der Tubentumoren erwecke in ihm zu leicht den Eindruck der Irreparabilität. Selbst bei anscheinend schwerer peritonitischer Reizung und starker Schwellung der Tuben sehe man bei absoluter Bettruhe und antiphlogistischer Behandlung ganz gewöhnlich ein rasches Zurückgehen der bedrohlichen Erscheinungen. Ganz

erstaunlich sei oft das rapide Anschwellen der Tuben; dies komme daher, dass die gefühlten Tumoren nicht sowohl stark durch Flüssigkeit resp. Eiter gefüllte Tuben, als vielmehr peritubare Exsudationen, Serocelen und adhaerente Darmschlingen gewesen seien. Die Invasion des Peritoneums durch den Gonokokkus bringe so gut wie nie Lebensgefahr, so bedrohlich auch die peritonitischen Symptome sein möchten, und es sei dringend vor der voreiligen Laparotomie zu warnen, wie man denn überhaupt Bumm zustimmen müsse, dass die gonorrhoeische Erkrankung beim Weibe kaum jemals eine Gefährdung des Lebens bedinge. Wenn auch durch Wertheim die Fähigkeit des Gonokokkus, in's Myometrium vorzudringen, nachgewiesen sei, so müsse man doch das Vorkommen einer rein gonorrhoeischen Parametritis anzweifeln; komme es zu einer parametritischen Exsudation, so beruhe sie eher auf Mischinfection. Naturgemäss heile nur ein Theil der ascendirten Gonorrhoeen mit völliger Restitutio ab, die grosse Mehrzahl behalte Veränderungen der Tuben, des Peritoneums, des Uterus, der Därme etc., aber bei vielen dieser Kranken stelle sich im Laufe der Jahre bei geeignetem Verhalten eine relative Heilung ein, die vielfach die völlige Arbeitsfähigkeit wieder herstelle. Das bezeuge evident auch Krönig's der arbeitenden Klasse angehöriges Material, das in 90 Proc. bei expectativer Behandlung innerhalb 5 Jahren die Arbeitsfähigkeit ergab. Auch was die Sterilität betreffe, so stimmten Th.'s Erfahrungen durchaus mit denen Bumm's und Krönig's darin überein, dass auch in diesem Punkte von manchen Autoren stark übertrieben sei. Alte und neue Erfahrungen liessen also die Prognose der ascendirenden Gonorrhoe in weit günstigerem Lichte erscheinen. Sehe man dazu das Fiasco, das die operative Therapie gemacht habe, so stehe zu hoffen, dass auch auf diesem Gebiete der gewissenhafte Arzt sich bald nicht mehr dem Vorwurf des Furor operativus aussetzen werde. Die einseitige, wie auch die doppelseitige Exstirpation der Adnexe habe 50—60 Proc. Misserfolge erzielt und die radicale Ausrottung der gesamten inneren Genitalien möge zwar bessere Erfolge erreichen, sei aber nur unter dringender Indication bei den dem Klimakterium nahe stehenden Frauen zu billigen. Bei Jugend-



lichen — und um diese handele es sich in praxi in der Mehrzahl — seien die Consequenzen des Ausfalls der Genitalfunction zu bedeutend, als dass man sie dem immerhin doch nicht sicheren Erfolg der „Becken-ausräumung“ gegenüber ausser Acht setzen dürfe. Mehr als diese radicalen verdienen conservirende Eingriffe Beachtung; es gelinge in vielen schweren Fällen, bei denen die Radicaloperation indicirt erscheine, durch Eröffnung und Drainage der peritubaren und tubaren Eiterhöhlen etc. unter wesentlich geringerer Lebensgefahr Heilung zu erzielen, wie Th. an einer beträchtlichen Reihe von Fällen erfahren habe; es gehöre dazu allerdings mehr diagnostische und technische Schulung, als zum Laparotomiren.

(Medic. Gesellschaft zu Magdeburg 6./VI. 1901 — Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 34.)

**Ileus.** Einen Beitrag zu Atropinbehandlung liefert Dr. Ad. Neukirchen (Cuchenheim). Pat. seit 8 Tagen keinen Stuhl trotz Ol. Ricini, Klystieren, Thee etc., bekommt I. Sehr heftige Schmerzen. Abends 0,0015 Atropin subcutan. Nachts mehrere Male Erbrechen fäculenter Massen. Kein Stuhlgang, nur Drang dazu. 2. Tag: Status idem. Abends 0,002 Atropin subcutan. Nachts darauf ziemlich ruhig, 1 Mal Erbrechen. 3. Tag: Noch kein Stuhlgang. 0,003 Atropin subcutan. 4. Tag: Stuhl reichlich, dünnbreiig. Kein Erbrechen mehr. Weiterhin schnelle Erholung, kein Erbrechen, fester und regelmässiger Stuhl, nur sehr geringe Schmerzen. Vergiftungserscheinungen traten trotz der hohen Atropindosen nicht auf.

(Original-Mittheilung.)

**Intoxicationen.** Intensive Vergiftungserscheinungen infolge Gebrauches von parfümirtem Glycerin bekam Dr. Hünnerfauth jr. (Eisenach). Derselbe machte sich öfters gegen Obstipation mit Analspritze ein Klystier von 5 g. Glycerin. Als er dies wieder eines Abends gemacht, bekam er nach etwa 10 Minuten ein unsagbares Angstgefühl, es wurde ihm schwarz vor den Augen, das Herz hämmerte, heisse Blutwellen zogen an den Kopf, der Puls wurde fliegend, unregelmässig, schwach, die Frequenz schwankte während kurzer Zeit

zwischen 96—120—140. Es traten heftige Athembeschwerden hinzu, Herzbeklemmung, ein Gefühl der Vernichtung. Später Schüttelfrost, Kälte in den Extremitäten und der Nasenspitze. Verschiedene Mittel brachten keine Besserung, erst als Pat. rasch eine Tasse starken schwarzen Thee heiss getrunken und sich darauf profuses Erbrechen einstellte, wurde der Zustand (nach 1½ Stunden) erträglicher, aber erst nach 3 Stunden, nachdem noch reichliche Schweisssecretion sich gezeigt, erholte sich Pat. Die Aetiologie war völlig dunkel. Nach einigen Wochen machte sich Autor wieder ein Klystier, und wieder nach einigen Minuten machten sich dieselben Krankheitssymptome bemerkbar, wurden aber nicht so heftig, da Pat. bald heissen Thee und Rothwein nahm. Diesmal trat aber, als der Zustand sich besserte, ein heftiger Drang zum Wasserlassen ein, und entleerte Pat. in ½ Stunde über 2 Liter hellen, klaren (eiweiss- und zuckerfreien) Urins! Diesmal dachte er an das Glycerin, das durch den Parfumergeruch ihm gleich aufgefallen war. War es schuld an dem Umstand, so mussten es freilich recht starke Ingredienzien sein, die hier wirken konnten, da die Menge des applicirten Glycerins ja so klein und der Aufenthalt im Körper ein so kurzer (höchstens 5 Minuten) war. Eine Untersuchung auf Arsen fiel negativ aus. Aufklärung brachte erst die Anfrage beim Drogisten, bei dem das Glycerin gekauft war. Derselbe erklärte, dass er sein *officinelles Glycerin mit starkem Mai-glöckchenextract parfümire* (auf 5 kg 10 g Extract), weil die Damen zu Toilettezwecken diesen Geruch sehr liebten. Die beängstigenden Herzerscheinungen, die starke Diurese beruhten also auf *Vergiftung mit Extract der Convallaria majalis!* Einige Tage später kaufte eine Dame dasselbe Glycerin zu Klystierzwecken, und auch sie bekam heftiges Herzklopfen, Beklemmung und Athemnoth.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 28.)

- **Unangenehme Nebenwirkungen des Camphers in medicinischen Gaben** erlebte jüngst F. Bohlen in 2 Fällen. Beide Male handelte es sich um schwächliche, am Ende des 7. Lebensjahrzehnts stehende Leute, im 1. Falle um einen Pat. mit compensirtem Vitium cordis, sehr

kleinem fadenförmigen, kaum fühlbaren Puls und ausgedehntem Katarrh auf beiden Lungen, im 2. um eine Frau mit den gleichen Symptomen, jedoch ohne Vitium. Es fehlten Fieber und jede organische Störung sonst. Mit Hinsicht auf die Herzschwäche hatte Autor 2 stündl. ein Pulver von Camphor. trit. 0,05 + Acid. benz. 0,2 verordnet. Dieselben hatten auch eclatante Wirkung aufs Herz, doch bekamen die Pat. bei fortgesetzter Medication *grosse Unruhe und Delirien*; der Mann hatte etwa 0,65, die Frau 0,6 Camphor. trit. in den 36 Stunden genommen. Diese Aufregungszustände dauerten in den nächsten Tagen fort, solange Campher gereicht wurde, nach Fortlassen desselben und unter Brom trat dann Beruhigung ein. Dass nach grossen Campher Mengen mitunter erst Benommenheit (die hier fehlte!), dann Erregungszustände auftreten können, ist bekannt. Hier aber handelte es sich um recht geringe Mengen Campher (der Mann hatte in 5—6 Tagen etwa 2,5 g verbraucht). Es dürfte sich also empfehlen, bei alten decrepiden Pat. beim Eintritt von Delirien, die nicht sicher durch die Erkrankung begründet sind, event. an Campherwirkung zu denken und zu einem anderen Excitans überzugehen.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1901 No. 20.)

- Eine **acute Sublimatvergiftung** beobachtete Dr. P. Krause (Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf) bei einem 23jähr. Manne, der 2 g Sublimat zu sich genommen, also das 10 fache der Maximaldosis und dennoch, dank dem früh eintretenden Erbrechen und energischer Magen-ausspülung, *gerettet* wurde. Pat. bot alle schweren Symptome der acuten Sublimatvergiftung dar: Stomatitis mit secundärer purulenter Parotitis, schwere Gastritis mit blutigem Erbrechen, schwere Enteritis und Colitis mit blutig-schleimigen Stühlen, schwere Nephritis, allgemeinen Kräfteverfall etc., welche Erscheinungen aber sämtlich zurückgingen ohne eine Schädigung herbeizuführen. Dabei litt noch Pat. an Phthise, die sich durch die Intoxication aber ebenfalls nicht verschlimmerte. Dieser Fall zeigt also, dass man in der Prognose selbst solcher Fälle vorsichtig sein muss. Interessant war auch ein, sich einige Tage nach der Intoxication beim Pat. entwickelndes *Hautexanthem*, das

stark an die Choleraexantheme erinnerte: Zuerst zeigte sich an Händen, Armen und Brust ein hochrothes, punktförmiges Exanthem, das sich rasch auch auf Rücken, Abdomen und untere Extremitäten ausbreitete und aus stippchenförmigen, kleinen Punkten von intensiver Scharlachröthe bestand, die von einem noch stärker roth gefärbten, schwach erhabenen Hofe umgeben waren; an einzelnen Stellen confluirte der Ausschlag zu grossen Plaques, welche heftig juckten. Nach wenigen Tagen allmähliges Abblassen und Verschwinden ohne Schuppung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 8.)

**Neurosen.** Die nasale Therapie der N. übt Dr. L. Kürt (Wien) seit 1890 aus, wo er darauf durch einen Zufall kam. Er machte da bei einem im Verlaufe eines Keuchhustens von Eklampsie befallenen Kinde die Entdeckung, dass man durch Trigeminusreizung Larynxkrämpfe in hemmendem Sinn beeinflussen kann. Während er nämlich bei dem bewusstlosen Kinde die Cornea auf ihre Reflexthätigkeit prüfte, fiel es ihm auf, dass durch Berührung der Hornhaut das durch den Krampf bedingte Larynxgeräusch schwächer wurde; die Intensität des Geräusches nahm ab, sobald Autor nur ein Lid gegen den Bulbus drückte, wurde auffallend schwach, wenn er die Cornea direct mit dem Finger berührte und schwand für einige Augenblicke gänzlich, als er die Lidbindehaut mit dem Finger leicht rieb; als er nun mit einer Federpose die Nasenschleimhaut reizte, da sistirten die Kehlkopfkrämpfe für längere Zeit gänzlich. Also man konnte hier *durch mechanische Reizung der peripheren Enden des Trigeminus sowohl von der Bindehaut des Auges, wie von der Nasenschleimhaut aus eine exquisit hemmende Wirkung auf Spasmen der Glottis ausüben!* Diese Entdeckung verwerthete von da ab Autor therapeutisch bei verschiedenen N. zumeist spastischer Art. Als kräftiger und dauernder wirkende Reizmittel, als die mechanischen, benützte er dabei ein Pulvergemenge von Chinin und Zucker, Chinin allein, 1—2 % ige Mentholsalbe, Praecipitatsalbe; ferner, wo energischere Reizung nöthig, auch Pulver von Nieswurz (auch ganz geringe Mengen davon rufen in der Nase ein bis stundenlang anhaltendes und im Beginn bis zum Niesreiz sich steigerndes, leicht brennendes

Gefühl hervor, bedingen Prickeln und Jucken an den Lippen und an der Zungenspitze). Kinder bekommen es als Nasen-, Erwachsene als Schnupfpulver:

Rp. Rhizom. Veratr. alb. pulv. 0,1  
Talc. venet.  
Pulv. Ir. flor.  $\overline{aa}$  5,0.  
S. Nasenpulver.

Rp. Rhizom. Veratr. alb. pulv. 1,0.  
Talc. venet.  
Pulv. Ir. flor.  $\overline{aa}$  10,0.  
S. Schnupfpulver.

Bei Kindern im 1.—2. Lebensjahr wandte Autor die Trigeminusreizung fast ausschliesslich bei *Laryngospasmus* an, und zwar gebrauchte er zumeist Chinin als Nasenpulver oder schwache Mentholsalbe, ab und zu auch das Nieswurzpulver in sehr geringer Menge mit sehr günstigem Erfolge. *Spasmus nutans* sah er in 2 Fällen unter Trigeminusreizung rasch abheilen. Bei älteren Kindern kamen hartnäckige Formen von *Blepharospasmus* zur Behandlung mit:

Rp. Hydrarg. praec. flav. 0,3  
Vaselin. 15,0

Kleine damit versehene Wattepfropfe wurden abwechselnd in je eine Nasenöffnung gebracht und selbst stundenlang in denselben belassen, wenn es die Kinder duldeten; in einzelnen Fällen Erfolg eclatant. Mehrere Fälle von nicht zu eingewurzelter *Tic convulsif* bei älteren Kindern sah Autor unter Gebrauch des Nieswurzpulvers zu rascher Abheilung kommen, bei 2 leichteren Fällen von *Facialiskrampf* verwandte er mit Nutzen 2% ige Mentholsalbe, bei *Gähnskrampf* das Nieswurzpulver. Unter letzterem heilte auch ein Fall von *Hyperemesis gravidarum* in wenigen Tagen ab, ferner hatte die prophylaktische Anwendung in einem Falle von *Heufieber*, das in jedem Sommer wiederkehrte, den Effect, dass das Leiden ausblieb. Autor ist auch der Ansicht, dass es sich bei den sogen. nasalen Reflexneurosen nur selten um pathologische Veränderungen in der Nasenschleimhaut handelt, und dass bei der nasalen Behandlung das therapeutische Moment in der Reizung der Trigeminusenden zu suchen sein dürfte, die

ja bei Faradisierung, Aetzungen, Vibrationsmassage u. dgl. immer in erheblicher Weise statthat.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 35.)

### **Rheumatismen.** Beiträge zur Frage des Gelenkrheuma-

tismus nach Trauma liefert wieder Dr. Kissinger (Königshütte). Er theilt 2 Fälle mit, von denen der eine uns vor eine neue Frage stellt, der andere zeigt, wie sehr man sich vor einer zu frühzeitigen Diagnose hüten, vor allem eine gründliche Anamnese aufnehmen und den weiteren Verlauf abwarten muss. I. 40 jähr. Frau, angeblich immer gesund gewesen mit Ausnahme öfters auftretender Halsschmerzen, hatte vor 2 Monaten am Endgliede des 1. Mittelfingers eine 14 Tage hindurch bestehende Eiterung, der eine starke Schwellung und Schmerzhaftigkeit des ganzen Fingers und der Mittelhand voraufging (Ursprung nicht eruierbar!) Heilung unter Umschlägen von essigsaurer Thonerde (ohne Arzt!). Endglied verdickt, seine Haut etwas glänzend; auf seiner Beugefläche eine kleine, feste, nicht verschiebliche Narbe. Pat. arbeitete nach der Heilung wieder im Haushalt. 6 Wochen später bekam sie Halsschmerzen, konnte nicht schlucken und hatte Fieber; es wurde erst besser, nachdem ihr im Halse etwas aufgegangen war und sich viel Eiter und stinkendes Zeug entleert hatte; später Husten, besonders Abends. Seit etwa 4 Tagen (10 Tage nach Durchbruch des Eiters im Halse) starke Schmerzen im 1. Handteller, 1. Hand- und Ellenbogengelenk, seit gestern auch in beiden Fussgelenken (Beginn wird bestimmt in den 1. Handteller verlegt.) Am 25. X. 1900 zieht Pat. zum 1. Male einen Arzt (den Autor) zu. Temp. Mittags 38,2° in axilla, stark belegte Zunge, seit 3 Tagen kein Stuhl, Appetitlosigkeit; an Brust- und Bauchorganen nichts Besonderes. Im 1. Handteller enorme Schmerzen. Finger werden in leichter Beugestellung gehalten, können nicht bewegt werden. Druck auf die alte Narbe schmerzhaft, jedoch lange nicht so, wie bei Berührung des Handtellers. Keine Schwellung im Bereiche der Finger und Handtellers. L. Hand- und Ellenbogengelenk, sowie r. Fussgelenk mässig, l. Fussgelenk sehr stark geschwollen. Unter Natr. salicyl. (5 g pro die) schwinden Schmerzen und Schwellungen innerhalb 5 Tagen (bisher

6\*

nicht wiedergekehrt!), keine zurückbleibenden Functionsstörungen. In welchem Zusammenhange stehen nun hier die einzelnen Affectionen? Autor hält die *Hals-entzündung für die Eintrittspforte der Erreger*, die dann in der l. Hand, deren Gewebe durch die kurz vorher hier vorhanden gewesene Eiterung und entzündliche Reizung weniger widerstandsfähig war, einen geeigneten Angriffspunkt fanden, analog wie bei Quetschungen der Gelenke. — II. 20jähr. Mensch, bisher immer gesund, erkrankt plötzlich mit ziehenden Schmerzen im r. Arm, besonders Gelenke daselbst schmerzhaft. Tags darauf Untersuchung. Starke Schwellung des r. Hand- und Ellenbogengelenkes und hochgradige Schmerzhaftigkeit; Schmerzen im r. Schultergelenk, vordere Parthie desselben etwas druckempfindlich. Temp. Mittags 38,8°. Herz gesund, Ueber dem r. Radius zweifingerbreit oberhalb des Handgelenks eine kleine, mit Schorf bedeckte Wunde, die sich Pat. vor 3 Tagen durch Auffallen glühender Cigarrenasche zugezogen. Ausserdem hat Pat. in den letzten 14 Tagen eine ihm ungewohnte Thätigkeit, die eine besondere Anstrengung des r. Armes erforderte, im Freien bei schlechtem, nassem Wetter auszuführen. Natr. salicyl. (5 g pro die). Tags darauf Schmerzen etwas geringer, Schwellungen die gleichen, kein Fieber (auch später nie wieder). Bei genauerem Nachforschen ergiebt sich, dass Pat. mit Gonorrhöe behaftet ist, die auch objectiv nachweisbar ist. (Salol (3  $\times$  täglich 1 g), entsprechende Diät u. s. w. Die Schwellungen gehen unter Ruhigstellung und Auflegen von Ung. ciner. langsam zurück. Heilung der Gonorrhöe unter entsprechender Behandlung, damit auch vollständige Restitutio ad integrum der Gelenke. Pat. lag 6 Wochen zu Bett. Bisher (4 Monate nach der Heilung) recidivfrei. Am 1. Tage glaubte Autor natürlich, dass in der Brandwunde die Eingangspforte für die Erreger der Polyarthrititis zu suchen sei, es sich also um echten traumatischen Gelenkrheumatismus handele; die weitere Anamnese und der Verlauf zeigten jedoch, dass es sich nur um eine *gonorrhoeische Infection* handeln kann, dass hingegen das Zusammentreffen der Wunde über dem zuerst und am stärksten erkrankten Handgelenk nur ein zufälliges war, und das primäre Befallensein des rechten Armes wahrscheinlich auf

die ungewohnte, anstrengende Thätigkeit zurückzuführen ist.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1901 No. 17.)

- **Aspirin** wurde im Allgem. Krankenhause zu Nürnberg, wie Dr. Nusch mittheilt, seit 1 1/2 Jahren in ca. 500 Fällen angewandt, in 1. Linie als *Antirheumaticum*. Kopfschmerz oder leichtes Ohrensausen verursachte das Mittel nur ganz selten, Erbrechen nie, auch nicht bei Magenkranken. Vermöge seines angenehm säuerlichen Geschmackes wurde es stets gern genommen. Auch ein schädlicher Einfluss aufs Herz fand nie statt. Delirien traten nie auf. Bei acutem wie chron. Gelenkrheumatismus bewirkte Aspirin fast ohne Ausnahme oft schon nach wenigen Tagen zunächst prompten Nachlass der Schmerzen. Grosse seröse Gelenkergüsse verschwanden bereits nach kurzer Zeit. Auch bei rheumatoiden Schmerzen, wie Reissen in Armen und Beinen, bei Muskelrheumatismen, Lumbago etc. wirkte Aspirin prompt. Am besten erhält Pat. am 1. Tage 5 mal je 1 g, am 2. Tage 4 mal 1 g und so fort abfallend bis täglich 2 mal 1 g. Sind die Erscheinungen dann noch nicht völlig weg, beginnt der Turnus von neuem. Bei sehr hartnäckigen Fällen bleibe man mehrere Tage hindurch auf 4 g. Nach Rückgang der Symptome gebe man noch einige Tage kleinere Dosen (2—3 g) weiter. Auch als *Antineuralgicum* wirkt Aspirin gut; es bewährte sich bei Ischias, Supra-, Infraorbital-, Intercostalneuralgien, Cephalalgie u. s. w.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 12.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ge-

burtscomplication infolge Hydropsie des Foetus beobachtete Dr. Kreisch (Coblenz). Er wurde zu einer Geburt zugezogen, weil der College das Kind, das er bis zu den Waden extrahirt hatte (Fusslage), nicht weiter herausbefördern konnte. Kreissende stand wegen einer seit 4 Wochen aufgetretenen Nephritis in ärztlicher Behandlung. Sie zeigte noch an Füssen, Händen Labien starke Oedeme, starke Infiltrationen der Bauchdecken u. s. w. Das Geburtshinderniss bestand nun, wie es sich herausstellte, in einem übergrossen Volumen des kindlichen Bauches. Punction mit dem



Perforatorium;  $\frac{3}{4}$  L. heller, klarer Flüssigkeit. Nunmehr gelang die Extraction bis zum Nabel. Weiteres Hinderniss: zu grosse Dimensionen des kindlichen Thorax. Auch hier Punction, erhebliche Menge gleichartiger Flüssigkeit. Riesenhafte Placenta mit starker Entwicklung des fibrösen Gewebes. Kind kräftig entwickelt, anscheinend frisch abgestorben; zeigt starkes Oedem des Gesichtes. Kein Zeichen von Lues; solche wird auch von den Eltern durchaus geleugnet. Aber die Aetiologie der foetalen Erkrankung? Bei den Wasseransammlungen im kindlichen Bauche sind es in 1. Linie die Nieren (Cystenniere, Hydronephrose), die übermässige Ausdehnung der kindlichen Harnblase, die Bauchhöhle, seltener die Ureteren, die die Flüssigkeit bergen. Eine solche Erkrankung konnte hier nicht vorliegen. Abgesehen davon, dass man bei den cystischen Entartungen der Niere, Erweiterung der Ureteren, Cloakenbildung etc. in der Mehrzahl der Fälle noch andere Missbildungen oder Kachexie des Foetus oder wenigstens mangelhafte Entwicklung nicht vermissen wird, fehlte auch eine Erklärung für den Hydrothorax und das Oedema faciei. Foetale Rhachitis, bei der es ja auch zu Oedemen, Hydropsie kommt, konnte es auch nicht sein, da die Extremitäten gerade hier frei von Oedem und sehr schön entwickelt erschienen. Man konnte nur an *foetale Nephritis* denken, die vielleicht in unmittelbarem, wahrscheinlich aber erst in späterem Anschluss an die vor 4 Wochen ante terminum acut eintretende *Nierenentzündung der Mutter* entstanden war, sei es, dass dasselbe Virus auch die foetale Niere angriff, sei es, dass im Verlauf oder in Folge der mütterlichen Erkrankung gebildete toxische Stoffe zu tiefgreifenden Läsionen des kindlichen Nierengewebes führten.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 35.)

- **Cocain in der geburtshülflichen Praxis** hat sich Dr. F. Westphalen (Flensburg) bewährt. Vor einigen Jahren berichtete Farrar über Behandlung der Rigidität des Muttermundes mit Cocain; er hatte in 5 Fällen durch Bestreichen des rigiden Muttermundes mit 10% iger Cocainlösung schnelle Erweiterung desselben erzielt. Diese Mittheilung bewog Autor, in einem Falle ebenfalls zu Cocain seine Zuflucht zu nehmen. Zu einer

22 jähr. Ipara gerufen, bei der während 12 stündiger, fast unaufhörlicher, sehr schmerzhafter Wehentätigkeit der Muttermund andauernd auf Markstückgrösse stehen geblieben sein sollte, fand er in der That bei der kräftigen, grossen, am Ende der Schwangerschaft befindlichen Kreissenden: Kopf tiefstehend, nicht gross, Portio verstrichen, Muttermund markstückgross, dünnsäumig, etwas straff, an der Cervicalschleimhaut mehrere, bis kirschgrosse, dünngestielte Schleimhautpolypen aufsitzend. Fruchtwasser abgeflossen, Pfeilnaht quer, Wehen sehr schmerzhaft, krampfartig, in den Pausen schneidender Schmerz über der Symphyse. Cocain 0,03 im Rectalsuppositorium. Wehen sofort regelmässig, Pausen ruhig, schon nach ca. 1 1/2 Stunden Geburt. In der Folgezeit versuchte Autor bei verschiedenen Formen der Geburtsverzögerung Cocain in gleicher Weise und kam zur Ueberzeugung, dass dasselbe unter gewissen Voraussetzungen ein für den Geburtshelfer recht brauchbares Mittel ist, zumal es das reflectorische Eintreten der Bauchpresse nie unterdrückt, vielmehr es meist ausserordentlich fördert. Es werden offenbar durch die partielle Anaesthesirung des Beckenbodens Hemmungsreflexe, welche durch Reizung sensibler Fasern bedingt sind, ausgeschaltet, sodass die austreibenden Kräfte, speciell die Bauchpresse, zu freier Entfaltung kommen können. Autor benützt diese Wirkung seit über 2 Jahren mit gutem Erfolg bei Fällen, wo, bei eröffnetem oder nahezu eröffnetem Muttermunde, bei tiefstehendem Kopfe und gesprungener Blase, die Presswehen ausbleiben oder mangelhaft sind; ferner wo die Uteruscontractionen krampfartigen Charakter zeigen und wo in den Wehenpausen stärkere Schmerzen auftreten. Regulirung der Wehen meist in 5—10 Minuten nach Einführung des Suppositorium. Es handelt sich vielfach um Uebermüdung, um secundäre Wehenschwäche; die Wirksamkeit des Cocain beweist, dass die austreibenden Kräfte nicht wirklich erschöpft sind, sondern nur von hemmenden Reflexen freigemacht zu werden brauchen. Man gebe nie grössere Dosen wie 0,03 (höchstens nach 1 1/2 Stunden event. wiederholt). Linderung der Wehenschmerzen trat nie ein, wohl weil die Geburtsarbeit eine intensive wurde.

(Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 37.)

**Tumoren.** Einen Beitrag zur palliativen Behandlung inoperabler Gebärmutterkrebse liefert Dr. Torggler (Klagenfurt). Derselbe wendet seit 1895 behufs rascher Reinigung und Desodorisirung jauchiger oder gangraenescirender Uteruscarcinome mit bestem Erfolge das *Hydrogen. peroxydat.* in 12 gewichtsprocent. (= 39,9 volumprocent.) Lösung an. Jodoformgaze, mit dieser durchnässt, wird in die vorher gut im Speculum eingestellte und mittelst Tupfer gereinigte carcinomatösen Wunden tamponirt und aufgelegt. In dem Augenblicke, wo das Wasserstoffsuperoxyd mit der wunden Fläche in Berührung kommt, entsteht eine reichliche, grossblasige Schaumbildung. Um diese Katalyse möglichst zu erhalten, legt Autor immer noch einen grossen trockenen Jodoformgazestreifen darauf in die Vagina und lässt diese Tampons 2—4 Tage liegen. Jedesmal nach dem 1. Tamponwechsel ist ein noch so penetranter Geruch geschwunden, copiöse Secretion lässt nach, und bald sieht man granulirende Stellen statt des putriden Gewebszerfalls; bei jeder neuen Application von  $H_2O_2$  ist die Schaumentwicklung geringer und giebt dadurch einen Fingerzeig, wie sich das Geschwür reinigt. Wenn nun die ulcerirten Parthieen gereinigt, das nekrotische Gewebe zerstört worden ist, so schliesst Autor gewöhnlich eine Palliativ-Operation an: Ausschabung der carcinomatösen Massen, Abtragung freibeweglicher Fetzen, Stillung der Blutung, Ausstopfung des Wundtrichters mittelst Fächertampon von Jodoformgaze (50 %), die 4—6 Tage liegen bleibt. Sodann benützt Autor, um die Wundhöhle trocken zu erhalten, zur Verkleinerung und Vernarbung zu bringen, *Formalin*. Nach Entfernung des Fächertampon wird der Wundtrichter gut ins Speculum eingestellt, mit Tupfern gereinigt und dann in den Krater durch einige Zeit (5—10 Minuten) ein in Formalin getauchter Wattetampon eingelegt. Die ersten Male gebraucht Autor 4 % (= 10 g der 40 % igen Originallösung: 90 g Aq.), dann 10 % (25 g der Originallösung zu 75 g Aq.) oder meist 40 % (i. e. reines Schering'sches Formaldehyd). Es darf dabei von der ätzenden Flüssigkeit nichts in die Vagina ablaufen! In 6—10 Tagen stösst sich der Schorf ab, die Wunde erscheint trocken; nach der 2., sicher nach der 3. Application ist schon Mumification eingetreten, die

Wundhöhle verkleinert, das Secret im Verschwinden, der üble Geruch weg.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 30.)

— **Einen Fall günstiger Wirkung des Cancroin** publicirt Prof. Dr. Kugel (Bukarest). Adamkiewicz ist bekanntlich seit Jahren bestrebt, seinem „Cancroin“ Eingang in die Praxis zu verschaffen, aber man verhielt sich seinen Aeusserungen, seinen „geheilten“ Fällen gegenüber skeptisch. Jetzt kommt Kugel mit einem Erfolg. Bei einer 52 jähr. Dame wurde vor 9 Jahren ein bohnen-grosser Knoten in der linken Brustdrüse exstirpirt. In den nächsten  $5\frac{1}{2}$  Jahren wurde noch 3 mal wegen Bildung neuer Knoten operirt, der grösste Theil der Brustdrüse dabei weggenommen, auch die linke Achselhöhle ausgeräumt. Die exstirpirten Stücke wurden wiederholt untersucht und als carcinomatös erkannt. Im September v. J. ( $2\frac{1}{2}$  Jahre nach der letzten Operation) wurde ein erbsengrosser Knoten am Halse, in der linken Supraclaviculargegend bemerkt, gleichzeitig machten sich Schmerzen im l. Arm und Oedem der l. Hand bemerkbar. Eine Anzahl Chirurgen wiederrieth jedes operative Eingreifen. In den nächsten 6 Wochen vergrösserte sich der Knoten bis Haselnussgrösse, das Oedem und die Schmerzen verschlimmerten sich. Da wandte sich Autor an Adamkiewicz, der die Cancroinbehandlung bis jetzt, d. h. durch  $7\frac{1}{2}$  Monate fortsetzte. Täglich Injection von  $\frac{1}{2}$  g, nach 20 Injectionen Pause von 6—8 Tagen. Der Knoten am Halse hat entschieden an Volumen abgenommen, die Schmerzen und das Oedem verringerten sich bereits nach den ersten 10 Injectionen und schwanden nach 20 Injectionen gänzlich, sind auch bisher (fast 7 Monate) nicht wiedergekommen, das Aussehen der Pat., vorher immer schlechter geworden, hat sich ebenfalls eher etwas gebessert, — kurz, die Erscheinungen sind so eclatant, dass Autor nicht ansteht, weitere Versuche mit dem Mittel anzuregen.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 8.)

**Ulcus molle.** Salicyl empfiehlt Dr. E. Szánto (Budapest) warm als ein Mittel, das die Heilung des U. rascher befördert, als jedes andere Mittel, selbst Jodoform; die

Ausbreitung der progressiven Geschwüre hält inne, der Eiter schwindet bald, schöne Granulationen schiessen auf. Autor ordinirt:

Rp. Acid. salicyl. 1,0

Vaselin. 30,0

Tet. benz. 2,0

Ein mit dieser Salbe bestrichenen Gazestück kommt auf das vorher mit Sublimat gereinigte U., darüber Billrothbattist (oder Guttapercha) und dann der fixirende Verband. Das Ganze wird täglich (bei geringerer Secretion 2 täglich) wiederholt bis zur Ueberhäutung (in diesem Stadium Salbe in geringerer Concentration).

(Wiener med. Presse 1901 No. 37.)

**Varicen.** Die chirurgische Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen empfiehlt Dr. W. Kramer (Glogau). Die Thrombose ist eine unangenehme Complication, durch welche zumeist die von den V. ausgehenden Beschwerden verschlimmert, häufig wiederkehrende Entzündungen mit ihren Ausgängen in Abscess-, Geschwürs- und Ekzembildung und selbst das Leben gefährdende Embolien veranlasst werden können. Heut darf es, unter dem Schutz der Asepsis, gerechtfertigt erscheinen, gegen die Gefässverstopfung selbst, wenn sie dem Messer leicht zugänglich, zur Verhütung der Folgezustände und Gefahren, vorzugehen. Wenn man von der Entleerung vereiternder Thromben durch Einschnitt absieht, ist bisher nur die Totalexstirpation der von Thrombose befallenen V. in Anwendung gezogen worden. Wird dieselbe auch in Zukunft für besondere Fälle, wie die, wo es sich um sehr starrwandige Gefässe handelt, ihre Berechtigung behalten, so dürfte doch für eine Reihe anderer, sofern sie leicht erreichbar sind, ein einfacheres, weniger eingreifendes Verfahren am Platze sein, das sich dem Autor seit 10 Jahren immer wieder bewährt und nie zu Misserfolgen geführt hat. Es ist die von ihm nicht nur bei umschriebener Knotenbildung, sondern auch und besonders bei Vorhandensein von förmlichen Geschwülsten, ganzen Paqueten thrombosirter V. nach Incision der Haut — ohne oder nach vorheriger Localanaesthesie — ausgeführte *Längsspaltung der Gefässstränge fast in der ganzen Ausdehnung der Verstopfung mit vorsichtiger Entleerung*

der *Gerinnselmassen*. Die in ca. 50 Fällen geübte Operation, zu der in erster Linie die trotz Fehlens frischer Entzündung seit längerem bestehenden und auf andere Weise nicht zu beseitigenden Beschwerden der Pat. Veranlassung gaben, war nie von nachtheiligen Erscheinungen gefolgt, nie von Blutungen begleitet oder gefolgt; die gesetzten Wunden, deren Ränder nach der Entleerung der Thromben sich von selbst aneinander legten, heilten bei fieberlosem Verlauf stets in kurzer Zeit ohne Reaction, ohne Fistelbildung, die Pat. aber waren seitdem von ihren Beschwerden befreit, eine vollständige Verödung der Gefässe im Bereiche der früheren Thrombosen folgte dem einfachen Eingriffe nach, der also als ungefährlich und sicher wirkend für solche Fälle mit Recht empfohlen werden darf.

(Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 37.)

## Vermischtes.

- Ist **Fischkost** rathsamer als **Fleisch** bei **harnsaurer Diathese** und **Nephritis**? Diese Frage beantwortet Prof. Dr. G. Klemperer (Berlin) nach seinen Erfahrungen, wie folgt:

1. Bei Pat. mit harnsauren Nierensteinen soll Fisch ebenso wie Fleisch nur in geringen Mengen, immer nur unter reichlicher Flüssigkeitszugabe und mit pflanzlicher Kost gemischt gegeben werden.

2. In Bezug auf die Gicht gestatten die bisherigen Erfahrungen, keine Entscheidung der vorliegenden Frage; doch wird Fisch mindestens nicht schlechter als Fleisch von Gichtkranken vertragen.

3. Nierenkranken scheint Fischkost bekömmlicher als Fleisch. Milch ist jedoch bekömmlicher als beide.

(Die Therapie der Gegenwart 1901 No. 9.)

- Den **Einfluss des Roborats** auf die **Milch stillender Mütter** studirte Dr. Baur (Berlin, Orthmann's Poliklinik) an 12 Müttern, die das Präparat am häufigsten zwischen

der 1. und 4. Woche post partum erhielten. Bei verschiedenen hatte die Muttermilch bei früheren Kindern nicht ausgereicht; nach Verabreichung von Roborat wurde jedes Kind vollkommen satt, ja manchmal war überreichlich Nahrung vorhanden. In den meisten Fällen schon nach 4—6 Tagen erhebliche Zunahme der Milch. Roborat wurde aber nicht etwa gerade in der Zeit gegeben, wo die Milch ohnedies constant zunimmt, auch wurde nach Aussetzen des Präparats auch deutlich Abnahme der Milch bemerkt. Aber nicht allein auf die Quantität der Milch zeigte Roborat günstigen Einfluss, sondern auch auf die Qualität. In einigen Fällen schien es direct lebensrettend auf die Kinder zu wirken. Es handelte sich um Säuglinge, die alles erbrachen, mit Magendarmkatarrh behaftet, höchst elend; nachdem die Mutter 2 Tage Roborat erhalten und den Kindern die Muttermilch in den Mund geträufelt wurde, nahmen sie sichtlich zu und gesundeten. Gerade bei heruntergekommenen Kindern wirkte Roborat ausgezeichnet. Gesunde Kinder nahmen weit über das normale Maass zu, manche in den ersten 2 Wochen um  $1\frac{1}{2}$  Pfund, durchschnittlich aber um 500 g. Auf Appetit und Stuhlgang von Mutter und Kind war Roborat ohne Einfluss, von günstigem dagegen auf den Allgemeinzustand von Mutter und Kind. Kindern selbst, in den ersten Lebensjahren wenigstens, scheint Roborat nicht zu bekommen, sie bekommen oft Leibschmerzen und Verstopfung, ebenso Erwachsene, die täglich mehr als 5 Esslöffel (ca. 80 g) bekamen. Autor gab täglich 3 Esslöffel (= 30—40 g) in rationeller Form, d. h., als Gebäck, in Eierspeisen, in „gebundenen“ Suppen, in breiartigen Zubereitungen, in Cacao resp. Chocolate. Die Löslichkeit ist keine vollkommene; Roborat wird nur zu einem geringen Theil wirklich gelöst, ein anderer Theil quillt und ist in den Flüssigkeiten suspendirt, in denen es sich nach einiger Zeit zu Boden senkt. Auf die Flüssigkeiten aufgeschüttet, ballt es sich infolge der staubartigen Beschaffenheit leicht zu Klümpchen, welche an der Oberfläche schwimmen und sich nur schwer vollständig zertheilen lassen, wenn man nicht das Roborat sehr sorgfältig mit zunächst kleineren Mengen der Flüssigkeiten anrührt resp. verquirlt. Am besten beginnt man mit der Darreichung nicht später als

in der 1. oder 2. Woche nach der Geburt; hat die Milchsecretion erst einmal nachgelassen, und zwar schon in der 4.—5. Woche nach der Geburt, dann darf man sich nicht mehr viel versprechen, wenn auch da die Kinder anscheinend satter wurden, als vorher.

(Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 34.)

- **Salochinin**, den Chininester der Salicylsäure, empfiehlt Obermedicinalrath Dr. Overlach (Greiz) als tadelloses, mildes Chininpräparat, dem ja von vornherein ein günstiges Prognostikon zu stellen war, da sich beide Mittel, Chinin wie Salicyl, an antimykotischer, baktericider, febrifuganter und analgischer Kraft nahe stehen. In der That bewährte sich das Präparat, das völlig geschmacklos ist, weder Störungen des Nervensystems, noch des Digestions- oder Harnapparates erzeugt, vortrefflich, speciell aber bei *Neuralgien* und *Neurosen*, wie bei *Ischias*. Man reiche aber nicht zu kleine Gaben. 2 g Salochinin = 1 g Chinin. Autor ordinarie Erwachsenen nicht unter 2 g pro dosi, ein- oder mehrmals am Tage (bei Ischias am besten Abends 2 g event. Nachts eine 2. Dosis.) Als Antipyreticum bewährte sich das Mittel besonders bei *Typhus* (Abends 2 g kurz vor dem Bade). Von Salzen erwies sich das neutrale salicylsaure Salicylchinin genannt „*Rheumatin*“ als ebenfalls geschmacklos und reizlos. Es bewährte sich vorzüglich bei *Rheumatismen*, und selbst bei schwersten Fällen, bei Complicationen von Seiten des Herzens und Herzbeutels entfaltete es eine so rasche und prompte Wirkung, dass es Autor allen anderen Antirheumaticis vorzieht. Man giebt Erwachsenen beim acuten Gelenkrheumatismus die ersten 3 Tage 3 mal tägl. 1 g, sistirt am 4. Tage, und giebt dann 4 Tage lang 4 g pro die (jeden 5. Tag Pause). Beide Präparate werden hergestellt von den Chininfabriken Zimmer & Co. (Frankfurt a. M.)

(Centralblatt für innere Medicin 1901 No. 33a.)

- Wie in der Bonner Frauenklinik die **Pflege frühgeborener Kinder** gehandhabt wird (im Allgemeinen so, dass auch der prakt. Arzt es durchführen kann), berichtet Reifferscheid, zugleich an 2 Beispielen die Erfolge dieser Methode demonstirend. Es handelt sich um 2 durch



künstliche Frühgeburt zur Welt gekommene Kinder, von denen das eine bei der Geburt bei einer Länge von 42 cm 1450 g wog und etwa aus der 30. Woche der Gravidität stammte, das andere 44 cm lang und 1900 g schwer war (33. Schwangerschaftswoche). Die Kinder wurden in eine Wärmewanne gebracht, die in den wesentlichen Punkten mit der von Credé übereinstimmte, eine einfache kleine Kinderbadewanne aus Zinkblech mit doppeltem Boden und doppelten Wänden. In dem so gebildeten Hohlraum können 22 l Wasser Platz finden, dessen Temperatur leicht an einem seitlich angebrachten Thermometer abzulesen ist. An der einen Seite oben ist eine Oeffnung zum Einfüllen, unten ein Hahn zum Entleeren des Wassers. Nach aussen sind die Seitenwände von einer dicken Filzschicht umgeben, um einen allzu grossen Wärmeverlust zu verhüten. Das zur Füllung der Wanne verwandte Wasser muss eine Temp. von 40—45° haben, wodurch sich in der Wanne eine Temp. von ca. 38° erreichen lässt. Es bedarf eines Zeitraumes von ca. 8 Stunden, ehe sich das Wasser von 45° auf 35° abgekühlt hat. Es lässt sich also leicht bei einem alle 5—6 Stunden erfolgenden Nachfüllen von wärmerem Wasser eine annähernd gleichmässige Temp. erzielen. Die Kinder fühlten sich in der Wanne sehr wohl, lagen ruhig, schliefen fast ununterbrochen und blieben gleichmässig warm. Sie verblieben darin etwa 8 Wochen, dann kamen sie heraus, da sie den Termin ihrer rechtzeitigen Geburt erreicht hatten, auch zu schwitzen anfangen. Was die übrige Pflege anbelangt, so bekamen die Kinder täglich 1 Bad von 35—36° C. und 5—6 Minuten Dauer; sie wurden jedesmal, wenn sie nass waren (4—5 mal im Tage) mit lauem Wasser abgewaschen und trocken gelegt, die Haut an allen Stellen, wo sich Falten bildeten, mit Byrolin eingefettet, um ein Wundwerden zu verhüten. Beide Kinder wurden künstlich ernährt, weil die Mütter nicht selbst stillen konnten, und Autor sehen wollte, ob es möglich ist, so kleine Kinder, deren Gewicht unter 1500 g bleibt, mit künstlicher Ernährung aufzuziehen, was ja in der Praxis oft genug nicht anders geht. Bei Bestimmung der Nahrungsmenge nahm Autor die von Biedert als genügendes Minimum bezeichnete Menge von 150—200 ccm aufs kg Körper-

gewicht in 24 Stunden als Grundlage an. Nur in den ersten Tagen waren die Nahrungsmengen geringer, weil die Kinder nicht mehr nahmen. Nahrungsmischung 1 Th. Kuhmilch + 2 Th. Wasser, in den ersten 3 Tagen mit Löffel, dann mit der Flasche gereicht. In den ersten beiden Monaten Nahrung 8mal in 24 Stunden gereicht, und zwar zwischen 7 Uhr Morgens und 10 Uhr Abends in  $2\frac{1}{2}$  stündigen Pausen, dann noch 1mal zwischen 1—2 Uhr Nachts (diese Mahlzeit fiel später weg). Die Kinder gediehen dabei recht gut. Während das Kind von 1450 g eine langsame continuirliche Gewichtszunahme zeigte, fand bei dem Kinde von 1900 g zwischen dem 30. und 36. Tage ein starker Gewichtsverlust von 1930 auf 1640 g statt, infolge eines Magendarmkatarrhs; das Kind erholte sich aber rasch bei Veränderung der Nahrung (erst reinen Schleim, dann Schleim und Milch 2 : 1) und wies sogar in den folgenden Tagen rapide Gewichtszunahme auf. Auch bei dem anderen Kinde fand am 39. Tage, nachdem es einige Tage nicht an Gewicht zugenommen hatte, ein Wechsel der Ernährung statt (Schleim und Milch 2 : 1), was auch hier gut wirkte. Jetzt (3 Monate nach der Geburt) wiegt das Kind von 1900 g Anfangsgewicht bei einer Länge von 50 cm 2940 g, das andere bei einer Länge von 49 cm 2990 g.

(Niederrhein. Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Bonn, 15. VII. 1901. — Vereinsbeilage No. 34 zur Deutschen med. Wochenschrift 1901.)

---

## Bücherschau.

---

- Von dem Schneidemühl'schen Buche **„Die animalischen Nahrungsmittel“** (Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) ist die 3. Abtheilung erschienen (M. 4.80), worin die Capitel „Die normale Beschaffenheit der einzelnen Organe bei den verschiedenen Schlachtthieren mit Angabe der für die Beurtheilung wichtigsten Veränderungen“, „Die Untersuchung und Beurtheilung des Geflügels, Wildprets, der Fische und anderer als Nahrungsmittel verwendeter Thiere“, „Thierische Parasiten der schlachtbaren Thiere, welche für die Beurtheilung

des Fleisches von Wichtigkeit sind“ eine mustergültige, durch zahlreiche Abbildungen geschmückte Bearbeitung gefunden haben. Das schöne Werk wird Thierärzten, Aerzten, Sanitätsbeamten, Richtern etc. die vortrefflichsten Dienste leisten. — Eine Fortsetzung liegt auch von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** vor. In Heft 15 (M. 2.50) lässt sich der Autor in der von ihm bekannten klaren und fesselnden Darstellungsweise über „Krankheiten des Gehirnes und seiner Häute“ aus, und zeigt dabei zur Evidenz, wie man dabei auch dies grosse und vielgestaltige Gebiet auf wenigen Seiten so nach allen Richtungen hin schildern kann, dass der Leser für die Praxis schöne Anregungen und eine Menge von Belehrungen erhält. — Ein allbekanntes auch in viele fremde Sprachen übersetztes Werk ist v. Jaksch' **klinische Diagnostik innerer Krankheiten**. Die jetzt erschienene 5. Auflage bringt auf über 600 Seiten alles was durch bakteriologische, chemische und mikroskopische Untersuchungsmethoden des Blutes, des Mundhöhlen- und Nasensecrets, des Auswurfs, des Magen- und Darmsafts, der Faeces, des Harnes zu eruiren ist, am Schlusse einen Abschnitt über die bakteriologischen Untersuchungsmethoden selbst. Dass der Autor in der neuen Auflage alle Errungenschaften der Neuzeit mit berücksichtigt hat, die er ja zum Theil selbst mitgeschaffen hat, braucht kaum erwähnt zu werden. 160 theilweise mehrfarbige Illustrationen schmücken das hervorragende Werk, das dem Arzte die erspriesslichsten Dienste leisten muss. Auch die beiden letztgenannten Werke sind bei Urban & Schwarzenberg verlegt.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 3.

Preis des Jahrgangs 4 M.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

December

XI. Jahrgang

1901.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Vioform, ein neues *Jodoformersatzpräparat*, empfiehlt warm Dr. Krecke (München), nachdem er es seit 11 Monaten verwendet, seit 6 Monaten ausschliesslich sogar, von Jodoform keinerlei Gebrauch mehr machend. Vioform (Jodchloroxychinolin), ein gelbes, geruchloses Pulver, ist schon im vorigen Jahre bakteriologisch und klinisch von Tavel geprüft worden. In Bezug auf die Entwicklungshemmung erwies sich ihm Vioform dem Jodoform und anderen Präparaten weit überlegen. Auch die klinischen Versuche ergaben sehr befriedigende Resultate, auch bei tuberculösen Affectionen, sodass Tavel Vioform für *das beste Ersatzmittel des Jodoforms* erklärte, das bei nichttuberculösen Wunden noch besser wirkt wie letzteres, bei *tuberculösen* ihm aber zweifellos ebenbürtig ist. Krecke kann dies Urtheil

durchaus bestätigen. Bei allen Wunden, wo eine *Tampnade* zweckmässig erschien, besonders auch bei tuberculösen, leistete Vioformgaze (50g Vioform wurden mit 200g Glycerin, 200g sterilisirtem Wasser und 100g Alkohol zu einer Emulsion verrührt, mit der dann die sterilisirten Gazebinden imprägnirt wurden) ausgezeichnete Dienste. Der Prüfstein für derartige Mittel sind aber Operationen in der Nähe des Afters. Bei Rectumcarcinom, Anus praeternaturalis, Haemorrhoiden, Mastdarmfistel- etc. Operationen bewährte sich Vioform vorzüglich, ebenso bei durch Verunreinigung mit Urin gefährdeten Wunden, endlich bei Auskratzungen des Uterus (zur Tamponade des letzteren). Bei 9 Operationen des *eingewachsenen Nagels* leistete die Gaze sehr gute Dienste (die Wunden heilten gewöhnlich unter einem Verbande in 8 Tagen), ebenso bei *Panaritien* (26), *Phlegmonen* (9), *Furunkeln* (38), vereiterten *Atheromen*, grösseren *Abscessen*, nach *Bubo*-Exstirpationen, bei Behandlung *eitriger Knochenhöhlen*, eitriger *Mastitis* u. dergl. Bei *Ulcus molle* ging die Heilung ebenso rasch wie unter Jodoform von statten. Bei *Ulcus cruris* (19 Fälle) waren die Wirkungen zum Theil ganz wunderbare. Allerdings wurde hier Vioform immer in Verbindung mit Zinkleimverbänden angewendet, denen ja auch ein Theil der günstigen Wirkung zufällt; doch ist sicher, dass ohne Vioform die Erfolge bei weitem nicht diesen glichen. Bei den *tuberculösen* Affectionen vollends war der Erfolg ein sehr auffälliger. Im Ganzen wurden 28 Fälle (meist Kinder) von Knochen- und Gelenkstuberculose mit Vioformgaze behandelt; dieselbe beeinflusste nach erfolgter Operation den Heilungsverlauf ausserordentlich günstig. So wurden im Ganzen 195 Pat. mit Vioform (bei *Ulcus molle* u. *U. cruris* als Streupulver) behandelt. Nie unangenehme Nebenwirkungen, weder örtliche, noch allgemeine! Dazu die Geruchlosigkeit und der Umstand, dass das Vioform dem Jodoform an Wirkung nicht nur nicht nachsteht, sondern es manchmal noch übertrifft, — kurz: wir können hoffen, in ihm endlich den wahren Jodoformersatz gefunden zu haben.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 33.)

- **Bacillol und Lysoform** prüfte Prof. Dr. Cramer (Heidelberg) auf ihren Werth als Desinficientien experimentell.

*Bacillol*, ein Theerdestillationsproduct mit 52% Cresolen, zeichnet sich durch fast völlige Geruchlosigkeit und Billigkeit (etwa die Hälfte von Lysol kostend) aus. Die Desinfectionswirkung selbst der 1%igen Lösung war eine recht befriedigende. Die meisten Bakterien (*Bact. coli*, *typhi abdom.*, *Staphyl. aureus* etc.) vermochten nur 1—2 Minuten bei Zimmertemperatur Widerstand zu leisten. *Bacillol* dürfte wohl berufen sein, an Stelle des Lysols und Carbols zu treten. Auch zur *Sputumdesinfection* dürfte es sich, namentlich in Heilstätten, bei seinem billigen Preise eignen. Allerdings darf man seine Wirkung nicht überschätzen und z. B. von einer 1—2%igen Lösung in kurzer Frist keine nennenswerthen Effecte erwarten. Die Tuberkelbacillen waren in grob gebaltem Sputum in 1%iger Lösung nach 3 Stunden noch nicht abgetödtet. Freilich gehört tuberculöses Sputum wegen seines Schleim-, Fett- und Luftgehaltes zu den widerstandsfähigsten Testobjecten. Für die Praxis ist es aber ausreichend, wenn 90—95% der Bacillen im Sputum abgetödtet werden. Wer ganz sicher gehen will, wird chemische und physikalische Desinfection combiniren. Man wird die Sputumgläser mit *Bacillol* (1%) füllen, die grösseren Ballen nach einiger Zeit durch event. mit Sägemehl bestreute Gaze abfiltriren, die zugeschnürten Gazebeutel der grössten Ofenheizung, das Filtrat aber erst nach 24stündigem Stehen der Kanalisation überführen. Für die meisten Zwecke ist ausreichend ein Auffangen des Sputum in einer 3—4%igen Lösung, am besten so, dass eine 3—4%ige Mischung entsteht, und Beseitigung nach 18—20stündigem Stehenlassen. *Lysoform* ist anscheinend eine Lösung von Formalin in einer parfümirten Seife. Es riecht nicht und besitzt erhebliche desodorisirende und kosmetische Eigenschaften, aber es ist theuer (kg = Mk. 3.50 gegenüber *Bacillol* = 70 Pf.) und die Desinfectionswirkung ist keine ergiebige. Da es innerhalb der wünschenswerthen Frist von 1—3 bis höchstens 5 Minuten die meisten vegetativen Formen der Bakterien bei Zimmertemperatur nicht sicher vernichtet, wird es sich wohl kaum in die allgemeine Desinfectionspraxis Eingang verschaffen, namentlich wenn man den immer noch hohen Preis (kg = 3.50 Mk., der Liter also 3%iger Lösung 11 Pf., während die

weit überlegene 1%ige Bacillollösung per Liter 0,007 Pf. kostet). Vorzügliche Eigenschaften dagegen besitzt das Lysoform als Desodorisans und Cosmeticum besonders da, wo der Preis keine Rolle spielt.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 41.)

**Arthritis urica.** Colchicin empfiehlt Geh.-S.-R. Dr. Küster (Berlin), nachdem er es besonders bei sich selbst erprobt hat. Seit Jahrzehnten an A. leidend und stark erblich belastet, hat es Autor aufgegeben, sein Leiden los werden zu wollen. Aber ein Mittel zur raschen Bekämpfung der heftigen acuten Anfälle suchte er und fand es im Colchicin (Merck). Er verschreibt:

Rp. Colchicin. (Merck) 0,05

Extr. Liquir. et Pulv. Liquir.

aa 1,5

F. pill. No. 20.

2—3—4 Pillen, innerhalb zweier Tage genügen, um einen Anfall niederzudrücken. Nach 24 Stunden treten unweigerlich Wirkungen ein. Die heftigen Schmerzen mildern sich, die Unruhe schwindet, Röthung und Schwellung lassen nach u. s. w. Während Autor früher 14 Tage liegen musste und noch 3 weitere Wochen steif und elend war, kommt er jetzt höchstens einen Tag zum liegen, versieht seine Praxis dann einige Tage noch humpelnd, ist aber in 8—10 Tagen wieder ganz leichtfüßig. Bei starkem Anfalle muss man die 2—3 Pillen in nicht zu langen Pausen nehmen. Dann zeigen sich Vergiftungserscheinungen (Uebelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Urinverminderung, Farbe des Harns gelbgrün u. s. w.); selbstverständlich sistirt man die Pillen bei den ersten Anzeichen. Pat., die zum 1. Mal das Mittel nehmen, bekommen zur Vorsicht lieber vorerst 0,03 Colchicin auf 20 Pillen; meist aber muss man zu der stärkeren Dosis greifen, d. h. statt drei 4—5 Pillen nehmen lassen. Bei leichten Anfällen und wenn man sofort beim ersten gichtischen Zeichen zu den Pillen greift, kommt man auch mit 2 Pillen aus. Jedenfalls bewährte sich das Colchicin auch bei anderen Gichtpatienten mit acuten reinen Anfällen von A., so dass Autor jetzt keine Veranlassung hat, andere Mittel zu versuchen, wie z. B. Sidonal. Während mit letzterem

ferner die Behandlung sicher 10—20 M. kostet, braucht man bei Colchicin zur Bekämpfung des Anfalls nur 20—30 Pf. anzulegen, indem 20 Pillen ca. 1 M. kosten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 39.)

— Urol \*), eine Verbindung von Chinasäure und Harnstoff, also 2 Medicamenten, die sich bereits als die Harnsäure-Ausscheidung günstig beeinflussend bewährt haben, wandte Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.) bei 10 Fällen, 4 von A. und 6 mit harnsauren Nierenconcrementen, an und konnte in der That damit einigen Pat. helfen. Die Menge des Medicamentes betrug 2—5 g pro die (die Hälfte früh nüchtern, die andere Hälfte Abends vor dem Schlaf in je 200 g heissen Wassers), die stets gut vertragen wurde.

(Centralblatt f. Stoffwechsel- u. Verdauungs-Krankheiten 1901 No. 17.)

**Cataracta.** Jodcollyrien und locale Jodbäder zur Behandlung einer beginnenden C. verwendet seit einigen Jahren Prof. Badal (Bordeaux):

Rp. Kal. (oder Natr.) jodat. 0,25

Aq. dest. 10,0

S. 1—2 Tropfen Morgens und Abends einzuträufeln.

Rp. Kal. (oder Natr.) jodat. 7,5

Aq. dest. 300,0

S. damit 2mal tägl. 1—2 Minuten das Auge bei halbgeöffnetem Lide baden.

(Journ. de méd. de Bordeaux, 21. VII. 1901. — Klin. - therap. Wochenschrift 1901 No. 38.)

**Diabetes mellitus.** Ueber Arzneibehandlung bei D. lässt sich Prof. K. v. Noorden (Frankfurt a. M.) aus, gestützt auf seine grosse Erfahrung (über 600 Pat. in den letzten 5 Jahren!). Er unterscheidet zwischen Arzneien, gegeben gegen Complicationen des D. und solchen, gegeben gegen den D. selbst, d. h. gegen die Unfähigkeit des Organismus, Kohlenhydrate in normaler Weise zu verwerthen. Was nun erstere anbelangt, so kann Autor relativ Günstiges über *Syzygium Jambo-lanum* berichten. Das beste Präparat ist Merck's

\*) Hergestellt von Schütz & Dallmann, Gummersbach.



Extr. Syzyg. Jamb. Die Wirkung auf die *Glykosurie* ist der des Opium ähnlich, d. h. es vermag in manchen Fällen die Tagesausscheidung des Zuckers auf 15—20 g herabsetzen, und man kann es erfolgreich dazu benützen, die letzten Mengen von Zucker zu beseitigen, die der einfachen Entziehung der Kohlehydrate nicht weichen wollen. Nachtheile hat Autor von dem Merck'schen Präparat nicht mehr gesehen, seitdem er es nicht mehr unverdünnt, sondern in heissem Wasser verrührt trinken lässt (Morgens nüchtern, 1 Std. vor dem Mittagessen, Abends spät je 1 Esslöffel in  $\frac{1}{4}$  L. heissen Wassers). Freilich eine von der Regelung der Diaet unabhängige, entscheidende Wendung zum Guten, darf man von dem Mittel nicht erwarten, bei seiner Unschädlichkeit aber und der Wirkung, die es wenigstens vorübergehend hier und da entfaltet, mag man es immerhin 3—4 Wochen lang verordnen. Mindestens ebenso werthvoll ist die *Salicylsäure* oder *Aspirin*, das Autor jetzt stets dafür ordinirt, da es besser vertragen wird. Auch hier oft genug Misserfolg, doch sieht man relativ häufig, dass Diabetiker, wenn sie 1—3 g Aspirin am Tage nehmen, eine erheblich höhere Toleranz erlangen. Die besten Erfolge sieht man bei Pat., die eine gewisse Menge von Kohlehydraten noch vertragen (60—150 g Brot), ohne Zucker auszuscheiden. Verordnet man diesen eine Diaet, bei der sie in Bezug auf die Kohlehydrate sich ihrer Toleranzgrenze nähern, so besteht die Gefahr, dass doch hin und wieder Zucker ausgeschieden wird und die Toleranzgrenze allmähig tiefer rückt. Diese Gefahr wird durch Salicyl wesentlich verringert; häufig steigt sogar die Toleranz um 30—60 g Brot und mehr, und oft hält auch nach Aussetzen des Medicamentes dieser günstige Einfluss noch längere Zeit an. Ebenso hat Autor den Eindruck, dass die für die meisten Diabetiker so ausserordentlich günstige Einschaltung von 2—3 wöchentlichen Perioden strenger Diaet energischer und nachhaltiger auf die Erhöhung der Toleranz einwirkt, wenn die Pat. in jenen Perioden gleichzeitig Salicyl oder Aspirin nehmen. Die angepriesenen Präparate Antimellin, Djoeatin, Glykosolvol, Sacharosolvol etc. dagegen sind Humbug, gänzlich unwirksam oder in Instituten angewandt, nur deshalb wirksam, weil eine äusserst strenge Diaetcur daneben einhergeht.

Die *nervösen Begleiterscheinungen* bei D. werden am besten durch *Brom* bekämpft, dessen günstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden, insbesondere auf Schlaflosigkeit, Herzklopfen etc. meist schon nach einigen Tagen hervortritt. Jetzt giebt Autor gern *Bromipin*, das den Vortheil bietet, in bequemer Form neben dem Brom die Einfuhr von 30—40 g Fett am Tage zu sichern. Weniger günstig wirkt hier Opium und seine Alkaloide. Nur unter gewissen Umständen sind sie unersetzlich und dem Brom unbedingt vorzuziehen; nämlich dann, wenn im Verlaufe von sehr strengen Diaeturen, bei Ausschaltung aller Kohlehydrate, nervöse Allgemeinerscheinungen auftreten und sich von Tag zu Tag steigern. Das ist nur bei einer kleinen Zahl von Pat. der Fall, meist bessern sich sogar bei gut geleiteten strengen Curen die neurasthenischen Beschwerden rasch. Nur einige Pat. klagen aber schon nach wenigen Tagen strenger Diaet über innere Unruhe, eingenommenen Kopf, vage Schmerzen, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Kribbeln u. s. w., Symptome, die bei leichten Fällen viel häufiger auftreten, als bei schweren, in der Praxis oft als Vorzeichen eines Coma angesehen werden und schleunige Unterbrechung der strengen Diaet veranlassen. Diese Furcht ist aber durchaus unberechtigt, und auf Opiate verschwinden die Symptome oft erstaunlich rasch, während Brom, sowie Sulfonal, Trional etc. hier nicht sehr wirksam sind. Unter den Opiumpräparaten empfiehlt Autor besonders *Dionin* (15 mg 2—3 mal täglich). Gegen die *Verdaunstörungen* der Diabetiker (pappiger Geschmack im Munde, Unregelmässigkeit des Appetits, Aufstossen, Druck im Bauch, Flatulenz, Unregelmässigkeiten des Stuhlgangs u. s. w.) ist das souveräne Mittel eine *Karlsbader Trinkcur*. Oft verschwinden sie auch rasch auf dreiste Anwendung (1,5—3,0 pro die) von *Wismuthpräparaten*, unter denen Autor jetzt das *Thioform* bevorzugt. Bei der seltenen *Steatorrhoë* (Stühle sehr fettreich, grau) ist die Verabfolgung von ausgeschabtem frischem *Pankreasbrei* empfehlenswerth, der einigermaassen ersetzt werden kann durch *Pankreon* (der Fabrik „Rhenania“ in Aachen), Gegen den *Pruritus* ist am wirksamsten *Salicyl* (entweder Natr. salicyl. 3 g pro die oder gleiche Menge Aspirin). Was nun endlich *antikuetische Curen* bei Zuckerkranken anbe-

langt, so ist bei leichten Fällen von D., wo Lues als aetiologisches Moment verdächtig ist oder neben dem D. einhergeht, gegen die Anwendung des Hg nichts einzuwenden, ja oft von letzterem sogar ein erheblicher Vortheil zu erwarten. Anders in schweren Fällen, wo Hg schlecht vertragen wird, ja oft fatale Complicationen (Gangraen, Haemoptoë mit raschem Fortschreiten einer bis dahin latenten Tuberculose, schwere Darmkatarrhe, Nephritis etc.) sich hinzugesellen. In schweren Fällen greife man also nur dann zum Hg, wenn eine *frische* syphilitische Eruption oder die specifische Erkrankung wichtiger Organe dazu zwingen. Sonst aber greife man zu Jod und dem mit Unrecht vernachlässigten Decoct. Sarsaparill., die bei D., wenn nicht gerade Darmkatarrhe vorliegen, unbedenklich angewendet werden können. Nun zu den *medicamentösen Verordnungen gegen den D. selbst*. Hier steht in 1. Stelle das *Opium* mit seinen Derivaten, das in der That die Zuckerausscheidung vermindert, freilich oft auch versagt. Besonders wirksam ist es da, wo die Kohlehydrate bereits entzogen sind und die dennoch übrig bleibende Glykosurie auf Kosten von Eiweiss erfolgt. Autor bediente sich deshalb des Opiums vorübergehend gern da, wo strenge Kost den Harn nicht ganz zuckerfrei machte, und wo es doch darauf ankam, auch die letzten Spuren von Zucker, wenigstens vorübergehend, zu beseitigen (z. B. bei Neuro-Retinitis). Längere Zeit über darf man Opium nicht geben; mit kleinen Dosen (0,25—0,4 Extr. Opii täglich) erreicht man nicht viel, mit grossen kann man zwar den Zucker energisch herabdrücken, man schadet aber dem Gesamtorganismus. Auch das *Karlsbader Wasser* ist wirksam, besonders an der Quelle getrunken; zu Haus kann man auch ganz Gutes erreichen, wenn man es so heiss als möglich nehmen lässt. Von *Sublimat* soll man keinen Gebrauch machen; es ist gefährlich, ohne irgendwie sichere Wirkung auszuüben.

(Deutsche Praxis 1901 No. 1.)

- **D. und Lungentuberculose zusammen bei einem Pat.** stempeln diesen, so heisst es gewöhnlich, zum Todesandidaten; die Prognose wird durch diese Combination eine sehr triste, die Leiden verlaufen sehr rasch letal. Wenn dies im Allgemeinen wohl auch seine Richtigkeit

hat, so darf man es doch nicht geradezu als absolute Regel hinstellen, wie eine Beobachtung von Dr. G. Oeder (Niederlössnitz) lehrt. Ein 51 jähr. Pat. kam in seine Behandlung mit schon recht ausgeprägter Phthise und schwerem D. (7,5 % Zucker); Pat. hatte noch dazu eine Eiter secernirende Bauchfistel, bekam dreimal hintereinander profuse Haemoptysen, erholte sich trotzdem und lebt seitdem nun schon 6 Jahre. Die Phthise ist nicht fortgeschritten, der Zuckergehalt hält sich dauernd niedrig, trotzdem Pat. durchaus nicht curgemäss lebt, das Allgemeinbefinden ausgezeichnet, sodass der 57 jähr. Herr ganz rüstig und arbeitsfähig ist. Das anfangs so progredient erscheinende Lungenleiden, die starke Glykosurie im Verein mit der Colonfistel mussten zu einer überaus ernsten Prognose verleiten, Autor gab dem Pat. nur noch Monate Lebensfrist. Man sieht, wie vorsichtig der Arzt selbst in solchen verzweifelt erscheinenden Fällen mit der Vorhersage sein muss.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 39/40.)

**Epilepsie.** 3 Fälle von vollständig geheilter E. schildert Dr. M. Turnowsky (Bezirksarzt in Marosvásárhely); 2 davon betrafen Erwachsene, 1 ein Kind. Die eine jetzt 38 jähr. Pat. erlitt den 1. Anfall im 16. Lebensjahre. Die Anfälle wurden immer häufiger, im Alter von 23—24 Jahren hatte Pat. oft täglich 15—20 typische Anfälle sehr schwerer Art. Mitte März 1887 bekam Pat. eine *croupöse Pneumonie*, von der sie genes. Seitdem (also seit 14 Jahren) kein Anfall mehr. Vorher waren Brom und viele andere Antiepileptica erfolglos angewandt worden. Eine jetzt 34 jähr. Frau erkrankte im 8. Lebensjahre an Chorea. Das Leiden hörte mit 17 Jahren auf, im 18. heirathete Pat. Im 8. Schwangerschaftsmonate Abort, 1 Monat später der 1. epileptische Anfall. Seitdem monatlich 2—3, später 5—6 Anfälle. 1891 erkrankte Pat. an *croupöser Pneumonie*, nach deren Ablauf sie bis jetzt (d. h. 10 Jahre) keinen einzigen Anfall mehr hatte. Ein jetzt 12 jähr. Knabe hatte seit Mitte des 2. Lebensjahres häufige, sehr heftige Anfälle, täglich 10—15 mal. Pat. blieb in seiner geistigen Entwicklung sehr zurück, war direct Idiot. Im 6. Lebensjahre erkrankte er an einem

*Scharlach*, hat seitdem keinen Anfall mehr gehabt, geht in die Schule und entwickelt sich geistig, wenn auch langsam, stetig weiter. — In diesen 3 Fällen; die Autor selbst genau beobachtete, hält er einen blossen Zufall für kaum möglich. Freilich bleiben Epileptiker auch nach Pneumonie etc. weiter epileptisch, immerhin zeigen aber die Fälle, dass *das Ueberstehen acuter Infectiouskrankheiten der E. ein Ende machen kann*. Kann man dies nun auch therapeutisch verwerthen? E. gilt heute noch als unheilbar, Pneumonie und Scarlatina bieten dagegen eine ziemlich gute Prognose. Da glaubt nun Autor, dass es kein so grosses Wagestück wäre, einen Epileptiker in einen Ort zu versetzen, in dem eine endemische Pneumonie herrscht, oder ein epileptisches Kind gelegentlich einer mässigen Scharlach-epidemie neben ein scharlachkrankes Kind zu legen.

(Wiener med. Wochenschrift 1901 No 35.)

- Einen **Fall von erhaltenem Bewusstsein im epileptischen Anfall** schildert Dr. Diehl (Lübeck). Der 26jährige hereditär absolut nicht belastete Pat. litt an nächtlichen typischen Anfällen von E., welche sich einstellten, wenn er am Abend vorher sich übermässigem Alkoholgenuss hingegeben hatte. Das Bewusstsein während der Anfälle war stets so weit erhalten, dass Pat. alle Details angeben kann. Eine organische Störung oder Hysterie konnte ausgeschlossen werden. Bis vor kurzem galt als differential-diagnostisches Merkmal für den epileptischen Anfall gegenüber dem hysterischen die vollständige Bewusstlosigkeit; jetzt weiss man, dass bei Hysterie nicht selten während der Anfälle das Bewusstsein erlischt, während dies bei E. durchaus nicht immer der Fall ist. Letzteres wird auch durch obige Beobachtung wieder bewiesen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 41.)

**Fracturen und Luxationen.** **Linoleum als Schienestoff für F.** empfiehlt Dr. O. Wolff (Frankenstein). Linoleum hat viele Vorthelle vor allen anderen Schienestoffen und keine Nachtheile. Es ist in jeder Stadt erhältlich; Autor benützt die stärkste Sorte (4 mm dick) und billigste (ungemustert). Es nimmt absolut keine Nässe an, hält daher bei Transport auch Regen aus

und kann auch bei complicirten F. mit Eiterung verwandt werden. Es lässt sich immer wieder reinigen und desinficiren. Es ist sehr elastisch, lässt sich leicht zu einer Rinne umbiegen, legt sich dem Gliede glatt an. Es ist so dauerhaft, dass es immer wieder von Neuem benützt werden kann, dabei äusserst leicht, mit jedem Messer (oder Scheere) leicht durchschneidbar und sehr billig (mittelgrosse Schiene 10 Pfg.). Der Landarzt schneidet sich 6 Stück Schienen aus, je 40 cm lang und 10 cm breit, legt sie auf einander und hat so ein leicht transportables Packet von Schienen, mit denen man im Stande ist, bei fast allen F. der Extremitäten einen guten Verband anzulegen. Sind sie zu lang oder breit, stutzt man sie einfach zurecht, sind sie zu kurz, legt man 2 Stück zum Theil über einander und befestigt sie durch kleine Nägel (Cigarrenkiste!) oder Reisszwecken, braucht man eine sehr kräftige Schiene, so legt man sie so übereinander, dass sie sich vollständig decken. Da diese Schienen sich so glatt an die Haut anlegen, dass sie sicherlich grossen Druck nicht ausüben können, so braucht man nicht jene dicke Polsterung, wie bei Metallschienen. Autor fand sogar hier als Polsterungsmaterial praktischer als Watte die gewöhnliche Leinwand, die er so anwandte, dass er eine Leinwandbinde (natürlich auch Mull- oder Flanellbinde) 3—4 mal um die Schiene herumwickelte (event. kann man ein Taschentuch, Handtuch etc. benützen!); die Leinwand hitzt nicht so stark, schmutzt nicht so, klumpt sich nicht bei Flüssigkeitsaufnahme (Schweiss!) zusammen. Besonders gut zu verwenden sind die Linoleumschienen bei complicirten F., da man leicht eine Oeffnung ausschneiden und beim Verbandwechsel alles reinigen und desinficiren kann.

(Aerztl. Rundschau 1901 No. 31.)

- Den so seltenen Fall (im Ganzen bisher 3 Fälle bekannt!) einer **isolirten traumatischen Lähmung eines einzigen Nervenastes des N. peroneus profundus** beobachtete Dr. H. Kühn (Hoya a. W.). Ein 36 jähr. sehr kräftiger und schwerer Maurer fiel am 1. Oct. 1900 beim Ausbessern eines Schornsteins von der oberen Abtheilung eines Bodens durch eine Bodenluke auf die ca. 2 Meter tiefer liegende untere Abtheilung desselben. Bruch

beider Knochen des r. Unterschenkels an der Grenze des mittleren und unteren Drittels. Ferner erhebliche Quetschung der Weichtheile des Unterschenkels, die die Haut über der Bruchstelle sehr gefährdete und eine sehr bedeutende Schwellung des ganzen Unterschenkels bedingte. Nach Abschwellung im Laufe der nächsten 14 Tage ergab die Untersuchung einen typischen Verlauf der Bruchlinie der Tibia von hinten oben nach unten vorn derart, dass die Bruchenden zapfenartig über einander griffen. Die Bruchstelle des Wadenbeines lag fast in gleicher Höhe mit der der Tibia. Dem Pat. wurde am 13. Oct. in Narkose ein Gypsverband angelegt. Nach Entfernung desselben am 11. Nov. war der Bruch mit erheblicher Callusbildung gut geheilt ohne jegliche seitliche Dislocation, jedoch mit Verkürzung des r. Unterschenkels um ca. 3 cm, sodass Pat. leicht hinkte. Bei der im Laufe der nächsten Zeit vorgenommenen elektrischen Behandlung ergab sich folgender Befund: Vollkommene Lähmung des langen Streckers der grossen Zehe; weder durch directe noch indirecte Reizung mittels faradischen und galvanischen Stromes auch nur die leiseste Zuckung der grossen Zehe zu erzeugen. Erregbarkeit des langen Streckers der übrigen Zehen etwas herabgesetzt. Versetzte man durch Reizung mittelst starker elektrischer Ströme die Streckmuskulatur des Unterschenkels in tetanische Zuckungen, so schlotterte die grosse Zehe kraftlos mit. Sonstige motorische Störungen im Gebiet des N. peron. prof. nicht nachweisbar, ebenso fehlten sensible Störungen und schmerzhaft Druckpunkte. Kein Einfluss auf den Gang. Pat. musste am 14. Jan. 1901 entlassen werden. Befund an diesem Tage an der grossen Zehe trotz Behandlung mit Bädern, Massage und Electricität unverändert, Function der übrigen Muskulatur erheblich gebessert. Mit Rücksicht auf die Verkürzung und die noch vorhandene Muskelschwäche des ganzen Beines bewilligte Autor eine Rente von 50%. Als Ursache der Lähmung ist nur der Bruch anzusehen, um so mehr, als die Bruchstelle ziemlich genau der Stelle entsprach, wo der lange Strecker der grossen Zehe vom Knochen entspringt und von dem ihm zugehörigen Nervenaste des N. peron. prof. versorgt wird. Ferner musste es sich wohl um eine erheb-

liche Quetschung und Zerreissung dieses Astes handeln, da im Laufe von 10 Wochen trotz energischer Behandlung keine Besserung eintrat. Daher Prognose auch für die Zukunft nicht günstig.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1901 No. 4.)

**Glaukom.** Medicamentöse Behandlung hat Prof. Wicherkiiewicz (Krakau) öfters schon nicht nur dazu verholfen, augenblicklich das subacute Stadium zu beseitigen, sondern auch beim chronischen G. ohne Operation das Auge jahrelang zu erhalten. Er träufelt regelmässig zur Nacht, bei acuten Nachschüben auch am Tage ein:

Rp.: Eserin. sulfur. 0,01  
 Pilocarpin. mur. 0,2  
 Cocain. mur. 0,1  
 Aq. dest. 10,0.

Das Pilocarpin hält hier mit der schwachen Eserinlösung der mydriatischen Wirkung des Cocains das Gleichgewicht, während letzteres stark druckvermindernd wirkt. Wo Thränenfluss oder stärkere Conjunctivalabsonderung bestehen und die Wirkung der Lösung unsicher machen, kann man die gleiche Mischung auch in Salbenform appliciren.

(Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde Juli 1901.)

**Gonorrhöe.** Ueber den Werth und die Anwendungsweise des Protargols von Dr. J. Plato (Schluss): Die Injectionen werden mit einer mindestens 10 cm fassenden, mit einem olivenförmigen Ansatz versehenen Spritze ausgeführt. Die 1. Injection muss der Arzt selbst machen resp. sich davon überzeugen, dass der Pat. richtig spritzt, dass insbesondere die Harnröhre durch die injicirte Flüssigkeit genügend gedehnt wird, sodass die Taschen und Falten ausgeglichen werden. Die Injectionen sollen prolongirte sein; gerade darin, dass man ohne zu schaden das Protargol lange mit der Schleimhaut in Contact lassen kann, liegt der grosse Vorzug des Mittels vor anderen. 3 Injectionen täglich, und zwar 2 von 10 Minuten und die Abendinjection von 20—30 Minuten Dauer ist das mindeste, was verlangt werden muss (dabei soll die Nachtpause möglichst klein sein, höchstens 7 Stunden! Stets soll Pat. vor



der Injection uriniren!). Da es für viele Pat. ermüdend ist, das Orificium extern. 30 Minuten zu comprimiren, so können statt dessen mit kurzen Ruhepausen 2 oder 3 Injectionen zu je 10 Minuten ausgeführt werden. Aber stets Controlle mit der Uhr! Wo die Lebensverhältnisse des Pat. es gestatten, können die Injectionen häufiger, event. 2 stündlich gemacht werden, vor der Nachtpause ist aber trotzdem eine Injection von 20—30 Minuten Dauer wünschenswerth, und es dürfte auch von Nutzen sein, die 1. Morgeninjection auf 15—20 Minuten auszudehnen. Nur bei bereits bestehenden hochgradigen Entzündungserscheinungen (z. B. infolge irrationeller Vorbehandlung), Ektropium des Orificium und grosser Empfindlichkeit des Pat., dürfte es zuweilen empfehlenswerth sein, sich in die prolongirten Injectionen gleichsam einzuschleichen, d. h. am 1. Tage 3 mal 2—5 Minuten, am 2. Tage 3 mal 5—10 Minuten und am 3. Tage erst Abends auch 20—30 Minuten lang spritzen zu lassen. In fast allen Fällen wird jedoch sogleich, nachdem die gonorrhoeische Natur der Erkrankung festgestellt ist, mit den Injectionen begonnen werden können. Zuerst wird eine  $\frac{1}{4}$  % ige Lösung ordinirt:

Rp.: Protargol. 0,5  
 Glycerin. 5,0  
 Aq. frigid. ad 200,0  
 D. ad vitr. nigr.

Sind die Injectionen schmerzhaft, so setze man so viel Eucaïn. mur. B. zu, dass eine 1 % ige Lösung resultirt. \*) Eine ähnliche Wirkung hat auch Antipyrin als 3 % iger Zusatz zur Lösung. Die Injectionen werden so auch bei sehr hochgradigen Entzündungserscheinungen und sehr empfindlichen Pat. vertragen. Man kann alsdann sogar mit höheren Protargolconcentrationen (bis  $\frac{1}{2}$  %) beginnen resp. viel schneller mit der Concentration steigen. Ueber 5 % ige Protargollösungen mit Zusatz von 5 % Antipyrin wurde jedoch bisher für die Anteriorbehandlung nicht hinausgegangen. Da der Pat.

\*) Die Eucaïn-Protargollösungen müssen so angefertigt werden: die verschriebene Menge Protargol wird in der Hälfte der verschriebenen Wassermenge gelöst; in der anderen Hälfte Wasser wird unter leichtem Erwärmen das Eucaïn gelöst; nach dem Erkalten werden die beiden Lösungen gemischt, aber nicht filtrirt.

bei jeder Injection 10 ccm verbraucht, so reicht die Arznei für 5 Tage. Am Morgen des Tages, an dem sie aufgebraucht sein wird, muss sich Pat. wieder mit voller Blase vorstellen, am besten ohne Abends vorher und am selben Morgen eine Injection gemacht zu haben. Sind die Injectionen gut vertragen worden, geht man zu  $\frac{1}{2}$  % Lösung über, und so steigt man in der Regel um  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  % bis zu 2—3 % iger Lösung. Wie schnell und wie hoch man steigt, richtet sich ganz nach der Eigenart des Falles, und zwar ist in erster Linie maassgebend der Gonokokkenbefund und die Intensität der Secretion. Wenn alle Vorschriften befolgt worden sind, kann man im allgemeinen erwarten, bei der 3. Consultation keine oder nur noch ganz vereinzelte Gonokokken zu finden. Ist dabei die Secretion noch sehr stark, so steigt man langsam (um  $\frac{1}{4}$  %), hat sie aber schon stark nachgelassen, dann um  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  %. Zeigen sich jedoch noch reichliche Gonokokken, so ist zumeist der Verdacht berechtigt, dass irgendwo ein Fehler in der Behandlung liegt, sei es, dass Pat. zu wenig oder zu kurz spritzt, oder dass die Lösung durch Erhitzen oder Lichtexposition oder Contact mit Metallgegenständen verdorben ist. Lässt sich dies ausschliessen, so steigt man mit der Concentration und wartet das Resultat der nächsten Gonokokkenuntersuchung ab. Grundfalsch wäre es, nach ein oder zwei negativ ausgefallenen Gonokokkenuntersuchungen in der Intensität der Behandlung nachzulassen; man muss vielmehr noch 2—3 Wochen lang nach der ersten negativ ausgefallenen Untersuchung spritzen lassen, wobei man mit der Concentration so steigt, dass die Secretion nie ganz versiegt, insbesondere der „Morgentropfen“ nicht ausbleibt. Während der ganzen Zeit dürfen die Injectionen keinen Tag ausgesetzt werden! Welches sind nun die Kriterien der erfolgten Heilung, d. h. der thatsächlichen Beseitigung der Gonokokken? Hier sind 2 Gruppen von Kriterien streng zu unterscheiden: die einen machen die Heilung wahrscheinlich, die anderen machen sie sicher. Sind in den letzten 5 oder 6 Präparaten Gonokokken nicht gefunden worden, und hat während des Verlaufes der Behandlung die Secretion immer mehr nachgelassen, wurde dabei das Secret immer ärmer an Eiterkörperchen und immer reicher an Schleim und Epithelien, so ist

die Heilung wahrscheinlich. Gesichert wird sie erst durch eine Reihe sorgfältiger, unter besonderen Bedingungen angestellter Gonokokkenuntersuchungen. Für die allgemeine Praxis ist folgendes Verfahren zu empfehlen: Zunächst wird jegliche örtliche Behandlung für 2—3 Tage ausgesetzt; am Morgen des 3. resp. 4. Tages stellt sich Pat. vor, nachdem er mindestens 6 Stunden nicht urinirt hat. Sind thatsächlich alle Gonokokken vernichtet, so lässt sich alsdann allenfalls eine Spur glasigen Secretes aus der Harnröhre exprimiren, welches sorgfältig zu untersuchen ist. Ausserdem müssen die in der 1. Urinportion vorhandenen Fäden und Flocken auf Eiterkörperchen und Gonokokken geprüft werden. Vereinzelt Eiterkörperchen ist keine grosse Bedeutung beizumessen, das Hauptgewicht ist auf Gonokokken zu legen. Bei Fehlen derselben lässt man den Pat. an verschiedenen Tagen noch einige provocatorische Einspritzungen mit Argentamin, Arg. nitr. oder Hydrarg. oxycyanat. 1:3000 3—4 mal täglich 5—10 Minuten machen und untersucht den provocirten Eiter. Findet man auch in diesem bei wiederholten Untersuchungen keine Gonokokken, so ist Pat. geheilt. Oben wurde die Protargoltherapie bei Fällen 3—10 Tage nach der Infection geschildert. In etwas älteren Fällen kann man mit stärkeren Concentrationen (bis 1 %) beginnen. Wie hat sich nun der Arzt zu verhalten bezüglich der Behandlung der Anterior, wenn in irgend einem Stadium des Processes Complicationen auftreten, oder aber sich zuletzt, bei den provocatorischen Reizungen doch noch Gonokokken nachweisen lassen, Fällen, die allerdings bei rationell durchgeführter Protargolbehandlung selten sind? Im allgemeinen wird bei Bestehen einer Complication unverändert weiter behandelt; nur wenn die Concentration der beim Auftreten der Complication (diese wird natürlich sofort entsprechend behandelt) gerade verwendeten Protargollösung eine hohe war und eine sehr starke Secretion unterhielt, geht man in der Concentration wieder zurück. Wenn bei den Reizungen sich wieder Gonokokken zeigen, so handelt es sich trotzdem oft um Fälle mit guter Tendenz zur Heilung, und nur die Behandlung war zu früh abgebrochen worden und führt bei Wiederaufnahme doch zum Ziel. In anderen Fällen aber handelt es sich um tiefergreifende

Veränderungen in der Anterior (Infiltrate, Infectionen einzelner Drüsen) oder um eine ohne schwere klinische Symptome eingetretene Erkrankung der Posterior, Prostata oder der Samenblasen, und es wird der Pat. am besten einem Spezialisten überwiesen, namentlich wo es sich um Ertheilung eines Heirathsconsenses handelt. Gonokokkenuntersuchungen aber sollte jeder prakt. Arzt unbedingt allein zu machen im Stande sein! Es giebt zwar Autoren, die ohne solche auskommen wollen und die ihre Pat. erst dann als geheilt entlassen, wenn auch die letzten Fäden verschwunden sind. Es haben nun aber eingehende Untersuchungen ergeben, dass nur ein geringer Procentsatz dieser Fäden Gonokokken enthält. Andererseits ist es auch dem Spezialisten oft unmöglich, diese Fäden zu beseitigen. Es ist also ein Unrecht, einem Pat. wegen einiger Fäden den Eheconsens zu verweigern, obwohl die Untersuchung feststellen konnte, dass jene sicher nicht auf Gonokokken zurückzuführen sind. Es ist also weder die Protargolbehandlung, noch irgend eine andere rationelle Trippertherapie ohne Controlle des Mikroskopes möglich, auch sollte doch jeder Arzt, der eine G. behandelt, den Feind kennen, den er bekämpft und den Kampf nicht aufgeben, bevor er sich überzeugt hat, dass das Schlachtfeld von diesem Feinde gesäubert ist. Diesen Standpunkt vertritt Neisser seit 20 Jahren, und erst wenn derselbe Gemeingut aller Aerzte geworden ist, wird die Wohlthat einer verbesserten Therapie den breiten Volksschichten zu gute kommen!

(Die Heilkunde 1901 No. 8.)

— **Itrol bei recenter Uterusgonorrhöe und Urethritis** wandte mit Erfolg Dr. G. Woyer (Wien) an. Zuerst Reinigung mit Itrollösung, dann Einschiebung von Itrolstäbchen:

Rp. Itrol. 2,5

Cer. alb. 1,5

Ol. Cacao 9,0

F. 30 Stäbchen longit. 3,4 cm.

Diese Anwendungsart war schmerzlos und bei sämtlichen Fällen fand, bei 2—3mal wöchentlich stattfindender Anwendung, der Ausfluss rasch ein Ende, die Gonokokken verminderten sich, um nach 4—6 Wochen völlig zu verschwinden. Ein Fortschreiten über den

Uterus kam nie zu stande. Auch die eitrige Urethritis wurde durch die Stäbchen schnell zur Abheilung gebracht.

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 42.)

**Intoxicationen.** Phosphorvergiftung im Anschluss an die Darreichung von Phosphorleberthran beobachtete Nebelthau bei einem 2jähr. gut ernährten, aber rhachitischen Kinde, dem Phosphorleberthran 0,01 : 100,0 (täglich 2 Theelöffel) verordnet waren. Davon erhielt das Kind noch am selben Tage, am 21. V. Abends einen, an den beiden folgenden Tagen je 2 und am 24. V. Morgens noch 1 Theelöffel, also 6 Theelöffel in 60 Stunden vorschriftsmässig verabreicht. Bereits am 23. V. Abends wurde das Kind am ganzen Körper icterisch, worauf das Medicament ausgesetzt wurde. Die Gelbfärbung bestand in den folgenden Tagen in gleicher Weise fort, zugleich war der Urin stets „roth“, es bestand mässiger Durchfall. Am 30. V. plötzlich schwere Erscheinungen, Schmerzen im Leib, besonders rechts, starke Hitze, verminderte Urinsecretion und Verstopfung. Am 31. V. wurde das Kind ins Krankenhaus aufgenommen, wo es am selben Tage starb, nachdem das Bild einer acuten Phosphorvergiftung immer deutlicher geworden war. Die Section bestätigte diese Diagnose, das Kind war durch den Phosphorleberthran vergiftet worden. Dabei entsprach die verordnete Dosis einer Menge, welche unzählige Male schadlos verabreicht wird. Es entstand natürlich der Verdacht, der Apotheker hätte mehr Phosphor gegeben. Die Untersuchung zeigte aber im Gegentheil, dass sich im Leberthran eine beträchtlich geringere Menge *wirksamen* Phosphors befand, als die Verordnung angab, dass also in Wirklichkeit durch noch kleinere Mengen Vergiftungserscheinungen herbeigeführt worden waren, als man vermuthete. Diese Thatsache dürfte zu der grössten Vorsicht bei der Phosphorverordnung mahnen. Jedenfalls erscheint obige Verordnung für Kinder bis zum 8. Jahr im Verhältniss zur Maximaldosis in der That viel zu hoch gegriffen, da das Kind dabei pro die 1 mg Phosphor, pro dosi  $\frac{1}{2}$  mg erhält, die Hälfte der für den Erwachsenen erlaubten Dosis. Bei einem Kind von 2 Jahren dürfte doch höchstens der 5.—6. Theil

der letzteren gestattet sein, und wird Autor in Zukunft hier für den Anfang auch höchstens 0,001 Phosphor auf 100,0 Leberthran ordiniren und diese Dosis event. erst steigern, wenn unliebsame Nebenwirkungen ausbleiben.

(Verein der Aerzte in Halle 5. VI. 1901 —  
Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 34.)

- 2 Fälle von tödtlicher innerer Lysolvergiftung beschreibt Dr. G. Burgl (Nürnberg) — es handelt sich um Verwechslungen mit anderen Arzneien bei Kindern — und fügt allgemeine Betrachtungen über Lysolvergiftungen bei. Alle bisherigen (16 aus der Litteratur und die 2 eigenen) wurden hervorgerufen durch unverdünntes concentrirtes Lysol; und zwar entweder durch Verschlucken desselben oder durch äussere Anwendung (nur 1 mal trat der Tod ein nach Ausspülung des Uterus mit 1500 ccm einer 1 % igen Spülflüssigkeit. Von den 18 Fällen wurden 13 herbeigeführt durch innerliche, 5 durch äusserliche Anwendung des Mittels. Von jenen 13 sind 7 genesen, 6 gestorben, von den 5 Fällen 2 genesen, 3 gestorben (also im Ganzen von 18 Fällen 9 genesen, 9 gestorben). Unter den durch innere Vergiftung gestorbenen 6 Fällen, befinden sich 5 Kinder im Alter von 5 Tagen bis zu 8  $\frac{3}{4}$  Jahren und eine erwachsene Person. Die tödtliche Dosis war bei den Kindern 2 mal 1 Theelöffel, 1 mal 1 Kaffeelöffel, 1 mal 1 Kinderlöffel, 1 mal unbekannt, bei dem Erwachsenen 100 g. Bei den tödtlichen Vergiftungen durch äussere Anwendung trat der Tod 1 mal (Rossa) dadurch ein, dass Lysol (in unbekannter Menge) aus Versehen unverdünnt auf die Haut applicirt wurde, 1 mal dadurch, dass ein Umschlag auf die Brandwunde eines 10 Monate alten Kindes in reines Lysol getaucht wurde, 1 mal durch Ausspülung des Uterus nach Expression der Nachgeburt (s. oben). Von den Lysolvergiftungen durch innere Anwendung (13) genesen 7, darunter 5 Erwachsene und 2 Kinder (4 und 1 Jahr alt); die Dosen des Lysol. pur. bei letzteren waren 25 und 10 g und bei den Erwachsenen: 1 Theelöffel, 1 Schluck, 25 g, 60 g, 10 g. Die grösste Dosis, nach welcher Genesung eintrat, war 60 g bei einer Erwachsenen, und 25 g bei einem 4jähr. Kinde. Die kleinste Dosis, welche den Tod herbeiführte, war 1 Thee- oder Kaffeelöffel

8\*

bei Kindern von 5 Tagen bis zu 8  $\frac{1}{3}$  Jahr. Wenn wir die inneren Vergiftungen in Bezug auf ihren Ausgang ins Auge fassen, so fällt sofort auf, dass die Therapie den grössten Einfluss hierbei hat, indem von den 7 Genesenen 5 mit Magenausspülung behandelt wurden. 2 von den Genesenen erreichten allerdings ihre Genesung auch ohne Magenausspülung, allein es handelte sich hier um leichtere Vergiftungen (1 Thee- und 1  $\frac{1}{2}$  Esslöffel). Von den infolge innerer Lysolvergiftung Gestorbenen wurde bei 5 keine Magenausspülung gemacht, bei dem einen Kinde (2. Fall von Burgl) erst am moribunden Kinde. *Also die mit Magenspülung Behandelten wurden fast sämmtlich gerettet, während von den anderen mehrere starben!* Da die Magenausspülung verschiedentlich noch nach Stunden stark lysolhaltige Flüssigkeit zu Tage förderte, so geht daraus hervor, dass Lysol schwer resorbirbar ist, und erklärt sich aus dieser Eigenschaft in Zusammenhang mit der Magenspülung die Erscheinung, dass in einzelnen Fällen grosse Dosen concentrirten Lysols den Tod nicht herbeiführten, ja überhaupt keine schweren Erscheinungen machten. — Autor kommt am Schlusse seiner Arbeit, die sich noch mit der Wirkungsweise des Giftes, den Erscheinungen der Lysolintoxication etc. beschäftigt, zu folgenden Schlussätzen:

1. Das Lysol hat zur Zeit, weil es die meisten Vorzüge und die wenigsten Nachtheile besitzt, als Antisepticum die grösste Verbreitung und entfaltet in einer 1 %igen Lösung zur Wundbehandlung und in einer  $\frac{1}{2}$  %igen zur Ausspülung von Körperhöhlen bei Erwachsenen und Kindern unter gewöhnlichen Verhältnissen keinerlei schädliche Wirkung, es ist aber kein ungefährliches Mittel, und erscheint es geboten, ähnliche Vorsicht bei seiner Anwendung walten zu lassen, wie beim Carbolgebrauch.

2. Bei grösseren kranken Hautparthieen oder ausgedehnten Wundflächen ist eine längere Application des Lysols, auch in obengenannter Verdünnung, zu meiden, und gilt dies namentlich von Kindern. Ebenso sind stärkere Lösungen, als die erwähnten, zu meiden.

3. Concentrirtes Lysol wirkt auf unversehrter Haut ätzend und giftig, und sind hierdurch schon die schwersten

Vergiftungserscheinungen, ja selbst ein Todesfall hervorgerufen worden.

4. Innerlich genommen, wirkt das Lysol. pur. ebenfalls ätzend und giftig, und sind bei Kindern schon durch Mengen von 1 Kaffelöffel voll wiederholt Todesfälle und bei Erwachsenen von 10 g an die schwersten Vergiftungserscheinungen beobachtet worden.

5. Die mit Magenspülung behandelten Fälle von innerer Lysolvergiftung werden fast durchweg gerettet, während die der rechtzeitigen Magenspülung entbehrenden wiederholt tödtlich verliefen.

6. Die beste Behandlung der inneren Lysolvergiftung ist die mechanische Entfernung des Lysols durch die Magenpumpe, und soll diese in jedem Falle von innerer Vergiftung, auch bei ganz kleinen Kindern, angewendet werden.

7. Bei innerer Anwendung des Lysols halte man sich mehr an die Minimal-, als an die bisher empfohlenen Maximaldosen und wende das Mittel nur vorübergehend, bei Kindern und geschwächten erwachsenen Personen nur mit grösster Vorsicht, oder besser gar nicht an.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 39.)

**Milzbrand.** Zur Therapie des M. führt Prof. Fr. Schultze (medic. Klinik, Bonn) einen lehrreichen Fall an. Ueber die Therapie beim M. ist in den letzten Jahren viel discutirt worden. Während v. Bramann und seine Schüler eine abwartende, conservative für richtig halten, trat Strubell für ein möglichst actives Verfahren ein, das vorzugsweise in der Anwendung sehr heisser Wasserumschläge und in ausgedehnten und lange fortgesetzten Carbolinjectionen besteht. Schultze's Fall hatte nun grosse Aehnlichkeit mit einem der Strubell'schen Fälle, ging aber bei sehr wenig eingreifender Behandlung eher rascher in Genesung über, als letzterer. Es war ein M. im Gesicht mit ausgedehnten Oedemen, der mehrere Tage hindurch zu derartigen Störungen des Allgemeinbefindens und besonders auch der Athmung führte, dass Exitus sehr wahrscheinlich erschien (sehr früh auch starke Albuminurie und Cylindrurie). Es erfolgte trotzdem Heilung mit verhältnissmässig geringer Defectbildung, obwohl nur *Sublimatverbände* (1:1000) in 70%iger spirituöser Lösung applicirt und intern während



der Fieberzeit *Chinin* (3stündl. 0,3) gegeben wurden (gegen den Durchfall noch Naphthalin in Dosen von 0,3). Es spricht also dieser Fall zu Gunsten der von v. Bramann angewandten, ähnlichen Therapie, wenn auch andererseits der Strubell'schen Methode durchaus nicht jeder Werth abgesprochen werden soll. Nur geht es unzweifelhaft auch ohne sie. Es ist sogar hier in kürzerer Zeit Entfieberung eingetreten, als in dem Strubell'schen sonst ziemlich ähnlichen Falle. Offenbar war Schultze's Fall von vornherein der schwerere, wie die gleich von Anfang an ausgebreiteten örtlichen Oedeme und besonders die frühzeitige Albuminurie und Cylindrurie bewiesen. Es schien angesichts von Durchfällen sogar eine Darmmykose, angesichts der Bronchitis ein Lungenmilzbrand nicht ausgeschlossen, wenn auch das Fehlen von Milzbrandbakterien in den entsprechenden Secreten wieder beruhigte. Später schien die Prognose wegen schwerer Athembeschwerden geradezu letal. Doch besserte sich der Zustand ziemlich rasch auch ohne heisse Umschläge und ohne Carbolinjectionen. Letztere hätten hier überhaupt bei der Nähe der Augen nicht in ergiebiger Weise gemacht werden können. Wie weit die heissen Umschläge, die ja ganz rationell erscheinen, wirksam sind, müssen weitere Erfahrungen lehren. Soll man nun aber auf jede örtliche Aetzung oder Ausschneidung im Beginne der Erkrankung verzichten? Das scheint wohl noch zu weit gegangen, da man im einzelnen Falle doch nicht voraus wissen kann, ob sich nicht doch die Milzbrandbakterien entgegen ihrem gewöhnlichen Verhalten rasch in die Säfte des Körpers weiterverbreiten und ob nicht vor allem eine lebensgefährliche Vergiftung durch sie herbeigeführt wird, wie in obigem Falle. Da ist es doch wohl sicherer, eine Aetzung und Ausbrennung möglichst vorzeitig zu machen oder eine Ausschneidung im gesunden Gewebe mit nachheriger Kauterisirung, wiewohl man ja nicht wissen kann, ob nicht im anscheinend gesunden Gewebe nicht doch schon vereinzelte Bakterien stecken. Jedenfalls haben wir aber durch v. Bramann erfahren, dass ein allzu radikales Eingreifen, wie Ausrottung der etwa ergriffenen Lymphdrüsen oder ausgedehnte Aetzungen und Excisionen, nicht nothwendig ist. Besonders die Behandlung starker Oedeme mit Blasenbildung und drohender Gangraen durch

Längsschnitte, die in's subcutane Gewebe eindringen und das Serum aussickern lassen, sind zu verwerfen. In obigem Falle wurden die Blasen und nekrotischen Hautparthieen chirurgisch nicht berührt, und v. Bra-  
mann sah 19 Fälle hintereinander heilen, bei welchen örtlich nur graue Salbe, Elevation des befallenen Gliedes und innerlich grössere Alkoholgaben angewandt wurden. Die Hauptgefahr droht beim Menschen von der Intoxi-  
cation, welche in obigem Falle, wie in ähnlichen, ein Krankheitsbild setzte, das demjenigen des Typhus abdo-  
minalis sehr nahe stand; wie bei dieser Krankheit waren Bronchien und Nieren mitbetheiligt, und auch die cere-  
bralen Symptome eine Zeit lang völlig die gleichen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 40.)

- Mit **Ichthyolcompressen** hat D. Joffi bei M. so gute Er-  
folge erzielt, dass er diese Behandlung warm empfiehlt. Die Compressen (Ichthyol. 10,0: Glycerin. 30,0) unter-  
stützen wesentlich den Effect der Kauterisation und verkürzen die Krankheitsdauer bedeutend; die Schmerz-  
haftigkeit der Kauterisation selbst wird durch die Com-  
pressen sofort vermindert.

(Eshenedelnik 1901 No. 11. —  
Revue der Russ. Med. Zeitschriften 1901 No. 9.)

**Parotitis.** Einen Fall von P. epidemica mit besonders  
schweren Erscheinungen beschreibt Dr. E. Schwarzkopf (medic. Poliklinik, Marburg). Der Fall kam am  
4. Mai d. J. zur Beobachtung und zeichnete sich von  
den übrigen gleichzeitig beobachteten Fällen von P. be-  
sonders aus. Ein 29jähr. Tagelöhner erkrankte am  
1. Mai unter krampfartigen, ziehenden Schmerzen auf  
Hals und Rücken, gleichzeitig verspürte er Frösteln,  
abwechselnd mit Hitze. Tags darauf Kopfschmerzen,  
Schwindel, mehrere Ohnmachtsanwandlungen, grosse  
Mattigkeit, die sich dann allmähig bis zu beträchtlicher  
Somnolenz und Apathie steigerte. Die Kopfschmerzen  
wurden immer unerträglicher und standen überhaupt  
während der ganzen nächsten Zeit im Vordergrund der  
subjectiven Beschwerden. Es trat jetzt öfters gallig-  
schleimiges Erbrechen auf. Am 3. Krankheitstage Ge-  
schwulst vor und unter dem rechten Ohr. Unter hef-  
tigen Leibschmerzen an diesem Tage häufige diarrhoische  
„wie Erbsenbrei aussehende“ Stühle. Als der Pat. am

4. Tage anlangte, machte er einen schwerkranken, benommenen Eindruck, der zugleich auch wegen des übrigen objectiven Befundes zuerst an Typhus denken liess. Pat. stark somnolent, Athmung oberflächlich, beschleunigt, Puls entsprechend der Temp. ( $38,6^{\circ}$  in axilla) frequent. Unter und vor dem rechten Ohr teigige, druckempfindliche, flache Geschwulst von Grosswallnussgrösse, links keine Schwellung. Herz und Lungen normal, Leber- und Milzgegend auf Druck schmerzhaft, beide Organe nicht nachweisbar vergrössert, an verschiedenen Stellen des Abdomens, besonders in der Ileocecalgegend, bei Palpation deutliches Gurren. Urin mit etwas Eiweiss, specif. Gewicht 1016, mikroskopisch ausser vereinzelter Epithelien nichts. Diazo- und Indicanreaction negativ. Am 5. Tage auch links Schwellung der Parotis, jedoch nicht so stark, wie rechts werdend. Am 6. Tage bedeutende Besserung des subjectiven Befindens, die im Verlaufe der nächsten 8 Tage allmählig in vollständiges Wohlbefinden überging. Die r. Parotischgeschwulst blieb noch ca. 10 Tage sicht- und fühlbar. Complicationen von Seiten der Hoden traten nicht ein, obwohl vorübergehende ziehende Schmerzen in der linken Leistengegend und längs des l. Samenstranges, die am 8. Tage auftraten, dieselben eine Zeit lang befürchten liessen. — Zur Zeit, als der Fall spielte, herrschte in Marburg eine ausgedehnte Mumpsepidemie, aber durchwegs mit leichten Fällen und nur Kinder unter 14 Jahren befallend. Bei obigem Pat. konnte man noch an Typhus abdom. mit secundärer P. denken. Dagegen sprach aber das so frühe Auftreten der P., der atypische Verlauf des Fiebers (hier, wie bei den übrigen damaligen Fällen von P. zeigte sich in ziemlich gleicher Weise rasches Ansteigen der Temp. bis zu mässiger Höhe, den höchsten Gipfel erreichend mit der grössten Ausbildung der Geschwulst und subjectiven Beschwerden, dann lytischer Abfall zugleich mit dem Zurückgehen jener Erscheinungen, dann einige Zeit subnormale Temp., hierauf Rückkehr zur normalen), das Fehlen der Roseolen und Milzschwellung, das Freibleiben der Luftwege, das Fehlen der Diazoreaction. Sticker beschreibt einen schweren Status typhosus bei P., aber mit absolut schlechter Prognose. Auch Complicationen des Darmes kommen bei P. vor, aber nicht so schwere, wie hier. Obiger

Fall war also ganz eigenartig, auch schon wegen seines isolirten Auftretens in solcher Schwere inmitten der sonst leichten Epidemie.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1901 No. 42.)

**Perniones.** Epicarin hat Dr. F. Winkler (Wien) sowohl bei erythematösen, wie bei exulcerirten P. mit bestem Erfolge angewandt.

R. Epicarin. 3,0  
Sapon. virid. kalin. 0,5  
Ung. Casein. ad 30,0  
M. f. ung.

Die Salbe wird täglich im warmen Bade entfernt und nach sorgfältigem Abtrocknen neu aufgetragen. Schon am 1. Tage hören Jucken und Brennen, sowie der Schmerz bei Druck auf, das Erythem geht auch bald zurück, und event. Ulcerationen heilen ab.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 8.)

**Pleuritis.** Einen Fall von chron. traumatischer P. stellte Rudolph vor. Pat. war am 15. März 1900 in einem Speicher beschäftigt, als ein 5 m hoher Stapel schwerer Säcke zusammenstürzte und einige Säcke auf ihn fielen. Er verspürte sofort heftige Schmerzen in der rechten Brustseite. Nach einigen Tagen stellte sich eine seröse Ausschwitzung in der r. Brusthöhle ein. Obwohl anderweitig 6 mal Punction ausgeführt wurde, ist der Erguss immer recidivirt. Auch jetzt hat sich wieder eine bedeutende Menge angesammelt, sodass die r. Thoraxseite vorn und hinten, von oben bis unten gedämpft erscheint und im 2. Intercostalraum vorn die Probepunction ein positives Resultat ergiebt. Autor will jetzt jede Woche kleinere Quantitäten ablassen, um Schwankungen der Flüssigkeit in der Thoraxhöhle hervorzurufen, und jedesmal hinterher *Aspirin* nehmen lassen, nach dessen Verwendung er bei P., selbst bei tuberculöser, vielfach recht gute Erfolge gehabt hat.

(Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg, 20. XII 1900. —  
Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 6.)

**Pneumonie.** Creosotal (Heyden) sieht Bezirksphysicus Dr. Dezsö (Temes-Rékas) geradezu als Specificum bei P. an, da eine sehr grosse Anzahl von Fällen, aus-

schliesslich damit behandelt, prompt darauf reagierten. Stets machte sich schon nach 36 Stunden ausgesprochene Besserung bemerkbar, während welcher Zeit Erwachsene Morgens und Abends 1 Kaffeelöffel davon in einer Tasse heisser Milch oder russischem Thee erhalten hatten (Kinder entsprechend weniger). Nachher wurde das Mittel noch 5 Tage lang in kleinerer Dosis weiter gegeben, worauf Genesung ohne jede Complication eintrat. Auch bei schweren *Schnupfenerkrankungen* wirkte Creosotal so, dass nach 12—18 Stunden die Erscheinungen verschwunden waren. Die Unschädlichkeit des Präparates beweist ein Fall, wo eine an P. erkrankte 49 jähr. hinfällige Pat. infolge eines Missverständnisses 50 g auf einmal nahm und nicht nur nicht dadurch geschädigt wurde, sondern rasch genas.\*)

(Orvosi Heti Szemle 1900 No. 21.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Puer-

perale Gangraen einer unteren Extremität beobachtete Dr. G. Hagemeyer (Städt. Krankenhaus Aachen) bei einer 40 jähr. Vpara, die 8 Jahre vorher an Influenza gelitten und seitdem herzkrank ist. Am 9. Tage des Wochenbettes gewahrte Pat. plötzlich ein Gefühl von Müdigkeit im 1. Unterschenkel, und bald wurde das 1. Bein bis hinauf zum Knie vollständig gefühllos und kalt. Es entwickelte sich eine trockene Gangraen, die am 5. Tage nach Auftreten der ersten Erscheinungen (14. des Wochenbettes) die Aufnahme ins Krankenhaus erheischte, wo 3 Tage darauf der 1. Oberschenkel im unteren Drittel amputirt werden musste. Bei der Untersuchung des amputirten Beines fand sich in der Arter. poplitea kurz vor ihrer Theilung in die Arter. tibial. ant. und postica ein trockener, fest anhaftender, obturirender Fibrinpfropf, der sich in die beiden genannten Aeste der Poplitea fortsetzte; sämtliche Arterien des Unterschenkels thrombosirt; auch in den Venen Blutgerinnsel, doch von weicherer Consistenz, anscheinend secundär entstanden. Ohne Zweifel war hier eine *Embolie der Arter. poplitea* die nächste Ursache der

\*) Bei *Pertussis* hat Dr. Joris (Corsedo), wie er im *Bolletino Medico Trentino* (Nov. 1900) mittheilt, das Mittel mit bestem Erfolge angewandt (Erwachsene erhielten 2—3 Kaffeelöffel, Kinder 3—10 Tropfen 3 mal tägl. in Milch).

Gangraen gewesen. Dafür sprach der anatomische Befund, das plötzliche Auftreten der Gangraen, sowie die vorhandene Herzaffection. Letztere ist höchstwahrscheinlich auf die vor 8 Jahren durchgemachte Influenza zurückzuführen. Die starke Dilatation des Herzens, der kleine frequente unregelmässige Puls, die eigenthümliche ungleichmässige Herzaction liessen auf vorgeschrittene *Myodegeneratio cordis* schliessen, das schwache systolische Geräusch an der Spitze rührte vielleicht von einer secundären relativen Mitralinsufficienz her. In dem an und für sich schon debilen Herzen kam es also um so leichter zu Thrombenbildung, als gerade während Gravidität und Geburt aussergewöhnliche Anforderungen an die Arbeitsleistung des Herzens gestellt werden. Es ist also nicht zu verwundern, dass Pat. vorher schon 2 mal ähnliche, wenn auch günstiger verlaufende Zufälle erlitten hatte: im 5. Monat der IV. Gravidität einen vorübergehenden „Nervenschlag“ (Lähmung der rechten Extremitäten und Sprachstörungen), zweifellos von einer Hirnembolie herrührend, und im darauffolgenden Wochenbett einen Anfall von Schwäche, Taubsein und Gefühllosigkeit im r. Unterschenkel, vielleicht ebenfalls Folge einer Embolie der Arter. poplitea, die entweder nur theilweise oder vorübergehend das Lumen der Arterie verlegte, da ja nach 8 Tagen die Erscheinungen spurlos verschwanden. Autor glaubt also nicht fehlzugehen, wenn er eine *Thrombose im linken Ventrikel als Ursache der Embolie* (und Gangraen) beschuldigt, indem Geburt und Wochenbett mit ihrem schwächenden Einfluss auf den Herzmuskel das nächste prädisponirende Moment für die Herzthrombose abgaben. *Nächst einer Phlegmasia alba können also auch Herzaffectionen im Wochenbett der Ausgangspunkt einer Gangraen der Extremitäten werden!* So finden sich denn auch unter den in der Litteratur publicirten Fällen (21) 3 mit complicirender Endocarditis; in 2 derselben war die Herzaffection anscheinend erst im Wochenbett entstanden, beim 3. bestand ein Mitralfehler schon lange. 1 mal wurde Druck eines grossen Blutextravasats nach Uterusruptur auf die Venae iliacae als Ursache der Thrombose und Gangraen angegeben, 2 mal nervöse Momente (Raynod'sche Krankheit?). Meist war es schwer, ein aetiologisches Moment herauszufinden; doch

ist wahrscheinlich noch viel mehr als man glaubt das Herz die eigentliche Ursache mancher Gangraen im Wochenbett. Selbst wenn objectiv am Herzen nichts nachzuweisen ist, können leichtere Veränderungen des Myocards, geringe Erweiterung der Herzhöhlen bestehen. Erst die gesteigerten Anforderungen bei der Gravidität und Geburt führen zu vorübergehender Erschlaffung und so bilden sich leicht Thromben, theils in den Herzhöhlen, theils in den peripheren Venen. Die Herzthromben werden zur Embolie, die ihrerseits wieder leicht secundäre Thrombose in dem zugehörigen venösen Gebiet zur Folge hat, und so ist die Gangraen besiegelt. Dieses Verhalten, wo Arterien und Venen gleichzeitig Sitz von Thromben sind, fand sich bei den meisten bisher publicirten Fällen. Nur ausnahmsweise sah man nur die Arterien verstopft und alle Venen frei, und in einem Falle waren sämmtliche Venen thrombosirt, aber die Arterien vollständig frei, ein Beweis, dass allein schon durch Verstopfung der Venen, wenn sie nur ausgedehnt genug ist, Gangraen entstehen kann.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 39.)

— Ueber **puerperale Infection** spricht Krönig und erörtert 2 speciell für den Praktiker wichtige Punkte:

1. Die Frage der Selbstinfection.
2. Die Frage der Therapie, speciell bei der Infection der puerperalen Uterushöhle.

Die Frage der Selbstinfection hat für den Arzt actuelles Interesse gewonnen, weil Hofmeier den Ausspruch gethan hat, dass, wenn der Arzt nicht die bei der Geburt unter normalen Verhältnissen in der Scheide lebenden Bakterien durch desinficirende Scheidenspülungen unschädlich zu machen sucht, er einen Kunstfehler begeht. Es erscheint daher Pflicht zu sein, dass die Aerzte hierzu Stellung nehmen, wenn von einer so autorisirten Seite aus ein derartiger Ausspruch fällt. Da die in der Leipziger Klinik gewonnenen Erfahrungen in directem Gegensatz zu den Resultaten der Hofmeier'schen stehen, so wird über die dortigen Resultate berichtet. Die Frage der Selbstinfection zerfällt in einen bakteriologischen und einen klinischen Theil. Was ersteren betrifft, kann aus den Untersuchungen von Menge und Krönig folgendes Facit gezogen werden:

„Unter den in der Scheide der Hochschwangeren unter normalen Verhältnissen lebenden Bakterien befindet sich nicht der für das Puerperalfieber wichtige *Streptococcus pyogenes puerperalis*, nicht der *Staphylococcus pyogenes aureus* oder das *Bacterium coli*, sondern die in der Scheide der Hochschwangeren lebenden Bakterien sind zum grössten Theil solche, welche nur bei Sauerstoffabschluss wachsen. Es ist weiter begründete Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass unter diesen Bakterien auch keine Fäulnisbakterien sind, doch ist letztere Frage vor der Hand noch in suspenso.“ Das Resultat dieser Untersuchungen ist also, dass die Scheidenbewohner der Hochschwangeren für das Puerperalfieber par excellence, d. h. das durch *Streptococcus pyogenes* bedingte, irrelevant und mit der grössten Wahrscheinlichkeit auch irrelevant für das Fäulnisfieber im Wochenbett sind. Wir haben uns infolgedessen auch nicht bei der Ausübung der prakt. Geburtshülfe gegen die Bakterien des Scheidensecretes zu schützen, sondern wir können mit grösster Wahrscheinlichkeit vom einfachen Touchiren bis zu den schwersten operativen Eingriffen (selbst Placentarlösung) sämtliche Manipulationen ausführen ohne Rücksicht auf die Bakterien des Scheidenkanals. Der Genitalschlauch der Frau vom Hymen aufwärts ist als aseptisch zu betrachten. Klinische Versuche nach dieser Richtung hin sind in der Leipziger Klinik in umfassendster Weise vorgenommen worden, sodass ein grosses Material zur Verfügung steht. Hofmeier, überzeugt davon, dass die Scheidenbewohner der Hochschwangeren in sehr vielen Fällen Schuld tragen an dem Fieber im Wochenbett und an der puerperalen Infection, verlangt, dass vor jedem, auch dem kleinsten Eingriff bei der Geburt eine gründliche Auswischung sowohl der Scheide, als auch des Cervicalkanals mit Sublimat erfolgt. Er leitet von dieser Behandlung die günstigen Resultate seiner Wochenbettstatistik ab. Die Versuchsserien der Leipziger Klinik erstrecken sich jetzt auf mehrere tausend Geburten. Sie wurden in der Weise durchgeführt, dass bei jeder zweiten Gebärenden Desinfection genau nach Hofmeier ausgeführt wurde, während bei der anderen jede Scheidendesinfection unterblieb; die übrigen Verhältnisse lagen in beiden Versuchsserien absolut gleich. Es zeigte sich nun, dass



die Resultate bei den Nichtdesinfectirten mindestens ebenso günstig waren, sodass man sagen kann: Sowohl bei klinischen Geburten, wie auch bei solchen in der Praxis darf auf jede Desinfection der Scheide verzichtet werden! Schwieriger liegt eine 2. Frage der autogenen Infection. Es kann eine Infection im Wochenbett nicht bloss von der Scheide aus erfolgen, sondern es darf als erwiesen betrachtet werden, dass die Bakterien von der Haut der äusseren Geschlechtstheile während des Frühwochenbetts in den Cervicalkanal einwandern und bis in die puerperale Uterushöhle aufsteigen können. Es entsteht also die für den Praktiker ausserordentlich wichtige Frage, ob auch Fieber im Wochenbett, speciell puerperale Infection erfolgen kann, ohne dass der Arzt oder die Hebeamme oder eine sonstige geburtsleitende Person die Kreissende berührt hat. Auch hierzu hat die Leipziger Klinik einwandfreie Versuche aufzuweisen, indem folgendermaassen vorgegangen wurde: Eine Kreissende wurde, wenn sie von der Strasse in den Kreissaal trat, in ihrem, manchmal nicht sehr reinen, Hemd gelassen, es wurde weder ein reinigendes Bad gegeben, geschweige denn Desinfection der Genitalien vorgenommen, ebenso kein Einlauf in den Darm, damit ja nicht die Hand der Hebeamme mit den Genitalien irgendwie in Berührung komme. Nachdem dann durch die äussere Untersuchung, durch die Bauchdecken hindurch, die Kopflage des Kindes festgestellt war, blieb die Frau sich selbst überlassen und trieb das Kind meist in Seitenlage aus, ohne dass Dammschutz erfolgte. Nach Beendigung der Geburt wurde die Frau ins Wochenbettzimmer gebracht und, um jede nachträgliche Infection von aussen im Frühwochenbett auszuschliessen, wurden jetzt Bettwäsche und Hemd im Dampf sterilisirt. 97 Geburten sind es bisher, die so, ohne Berührung geburtsleitender Personen, vor sich gingen. Die Zahl der im Wochenbett Fiebernden betrug nur 11 %. Da der Procentsatz der im Wochenbett Fiebernden in der Leipziger Klinik im allgemeinen 27 % beträgt, so ist also hier entschieden ein starker Rückschlag in der Morbidität zu erkennen. Sämmtliche Wochenbeterkrankungen waren ausserdem leichte, keine Frau machte ein länger dauerndes, fieberhaftes Wochenbett durch. Wenn man aus den 97 Fällen generalisiren darf, so ergäbe sich Folgendes:

1. Durch eine Nichtberührung der Gebärenden von Seiten der Hebeamme und des Arztes wird, auch wenn weder die Scheide noch die äusseren Geschlechtstheile desinficirt werden, die Morbidität im Wochenbett wesentlich herabgesetzt.

2. Fieber im Wochenbett kommt auch ohne jede Berührung von Seiten der geburtsleitenden Personen vor.

Das Letztere ist von besonderer Bedeutung, weil bei Fieber im Wochenbett nur allzu oft in unberechtigter Weise dem Arzt oder der Hebeamme ein stummer oder lauter Vorwurf seitens der Angehörigen gemacht wird. Wie ist dies Fieber zu erklären? Nicht jedes Fieber im Wochenbett ist auf puerperale Infection zurückzuführen. Es giebt z. B. eine fieberhafte gonorrhoeische Endometritis, kleine inficirte Brustwarzenschrunden bei Stillenden rufen leicht Temperatursteigerungen hervor u. s. w. Autor ist auch weit davon entfernt, zu behaupten, dass nicht auch durch das Emporkriechen von Hautbakterien puerperale Infection entstehen kann, er möchte allerdings diese stets leichteren Grades erachten, weil diesen Bakterien, selbst wenn sie pathogen sind, die Virulenz mehr oder weniger dadurch geraubt ist, dass ihnen auf der Haut der äusseren Geschlechtstheile eine saprophytische Lebensweise auferzungen ist. Ergänzt werden diese Resultate durch Untersuchungen, welche kürzlich aus der Breslauer Klinik von Sticher mitgetheilt sind. Hier sollte festgestellt werden, wie weit speciell die Hände der geburtsleitenden Person bei den Wochenbettserkrankungen betheiligt sind. Es wurden bei einer Serie von Geburten die Hände der geburtsleitenden Personen mit Fridrich'schen Gummihandschuhen versehen und die Wochenbettsverhältnisse bei diesen Kreissenden verglichen mit denen, bei welchen während der Geburt die Hände der geburtsleitenden Person nur nach Fürbringer desinficirt waren, eine Methode, der heute ein wirkliches Keimfreimachen der Hände nicht zuerkannt wird. Die Versuche ergaben, dass die Resultate durch die Benützung der Gummihandschuhe nicht viel besser werden. Der Schluss, welchen Sticher aus seinen Resultaten zieht, dass die Scheidenbakterien an einer grossen Zahl von fieberhaften Wochenbetten schuld sind, ist aber nicht berechtigt. Die von Sticher beobachteten Temperatursteigerungen

im Wochenbett haben nur gezeigt, dass leichte Fiebersteigerung auch vorkommen kann, selbst dann, wenn unsere Hände „sterilisirt“ sind, d. h. durch Ueberziehen von Gummihandschuhen wirklich keimfrei gemacht sind. Krönig möchte aus den Resultaten von Sticher gerade den umgekehrten Schluss ziehen, dass ein neuer Beweis dafür erbracht ist, dass die Scheidenbakterien für die puerperale Infection gleichgültig sind. Sticher erwähnt nämlich besonders, dass bei Gebärenden, bei welchen die Scheide nicht desinficirt wurde, die Wochenbettsverhältnisse genau gleich gute waren, ob intra partum innerlich untersucht war oder nicht. Sind wirklich die Bakterien des Scheidensecrets für eine puerperale Infection von Bedeutung, so kann die innerliche Untersuchung nicht belanglos sein, weil hierdurch die Möglichkeit gegeben ist, dass durch den touchirenden Finger die Bakterien in höhere Theile des Genitalkanals verschleppt werden. Die Anhänger der Lehre von der Infectionsmöglichkeit durch Scheidenbakterien sprechen sich auch logischer Weise in diesem Sinne aus. So z. B. Kaltenbach: „Es schaudert den Kundigen, wenn er bedenkt, wie beim Touchiren, vor Allem bei Operationen, z. B. bei Placentarlösung die Scheidenbakterien von der Hand des Geburtshelfers in die Uterusinnenfläche hineingerieben werden. Nur solange die Bakterien der Scheide nicht von der touchirenden Hand in höhere Theile des Genitalkanals verschleppt werden, können sie für den Wochenbettsverlauf gleichgültig sein, weil sie mit dem Fruchtwasser oder der Postpartum-Blutung nach aussen zu mechanisch fortgeschwemmt werden.“ Besteht also die Ansicht zu Recht, dass die Scheide der Schwangeren häufig infectiöse Bakterien enthält, so muss durch den Act des Touchirens bei nicht desinficirter Scheide der Wochenbettsverlauf ungünstig beeinflusst werden. Die Versuche Sticher's haben gerade das Gegentheil erwiesen. Bei den Versuchen der Leipziger Klinik bestand bisher immer noch ein gewisser Procentsatz zu Ungunsten der Touchirten, weil man damals noch nicht in der Lage war, die Hände wirklich keimfrei zu machen; aber schon damals hat Krönig betont, dass unter allen Umständen, wenn die Asepsis des Scheidenkanals zu Recht besteht, die Wochenbettverhältnisse bei Touchirten und Nichttouchirten gleich sein müssen, eine sichere

Asepsis der untersuchenden Hände vorausgesetzt. Durch die Breslauer Untersuchungen ist jetzt die Annahme voll bestätigt: Durch die Fridrich'schen Handschuhe werden die Hände keimfrei gemacht, die Wochenbettverhältnisse bei untersuchten und nicht untersuchten Gebärenden sind vollständig die gleichen. Was nun die Therapie anbelangt, so bespricht Autor speciell die der *puerperalen Endometritis*, weil es heute als feststehend angenommen werden muss, dass die schweren Wochenkrankungen selten von inficirten Scheidenrissen, Damm- oder Cervixrissen ausgehen, vielmehr im inficirten Endometrium, speciell der inficirten Placentarstelle in der Regel die Quelle gelegen ist. Von hier aus geht viel häufiger, als von anderen Stellen des Genitalkanals der Transport der Infectionserreger, sei es auf der Lymph-, sei es auf der Blutbahn, in den Organismus von statten. Will man also einer gefährlichen Ausbreitung derselben vorbeugen, so hat man sich der Behandlung des Endometriums zuzuwenden. Es werden nun da Uterusausspülungen mit Desinficientien gemacht, und wenn man die begeisterten Berichte aus manchen Kliniken liest, in welchen betont wird, dass nach 1maliger Spülung das Fieber sofort oder an einem der nächsten Tage verschwindet, so sollte man fast überzeugt sein. Nun haben aber die grossen Erfahrungen der Leipziger Klinik gezeigt, dass, wenn man bei den verschiedenen Formen der puerperalen Endometritis *expectativ* verfährt, meist das Fieber ebenfalls sehr bald zur Norm zurückgeht. Weiter zeigten bakteriologische Untersuchungen, dass, wenn z. B. bei Endometritis streptococcica der Uterus mit vielen Litern Desinfectionsflüssigkeit durchgespült wird, schon nach wenigen Stunden die Entnahme der Lochien aus dem Uterus ergibt, dass eine merkliche Abnahme keimfähiger Bakterien nicht stattgefunden hat. Die klinische Beobachtung hat schliesslich auch immer mehr die Ueberzeugung gebracht, dass sowohl bei der septischen, als auch bei der saprischen Form der Endometritis die Uterusspülung eher schädlich wirkt. Das Fäulnissfieber im Wochenbett mit den stinkenden Lochienmassen legt dem Arzt allerdings den Wunsch nahe, die Uterushöhle zu desinficiren, doch sind auch hier Spülungen nicht am Platze. Dagegen ist die innerliche Darreichung von

*Secale* zu empfehlen, um durch Verengerung der Lymphbahnen im Myometrium den Infectionsherd zu beschränken. Vermag man den Infectionsherd auf's Endometrium zu beschränken, so genügt das, denn die Endometritis allein endet nur selten letal. Auch Versuche, die specifischen Giftproducte im Organismus durch Darreichung eines Antidots, des Antistreptokokken-serums unschädlich zu machen, und durch Incorporation von Silbersalzen die Gewebssäfte selbst entwickelungshemmend zu machen, fanden in der Klinik statt. Das Marmorek'sche Serum hat einen durchschlagenden Erfolg nicht gehabt und die Credé'sche Silberbehandlung entbehrt vorläufig der wissenschaftlichen Begründung, die klinischen Erfahrungen sind noch zu gering.

(Medic. Gesellschaft in Leipzig, 16. VII. 1901  
— Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 40.)

- Die **Credé'sche Silbertherapie** in der Geburtshilfe empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. G. Woyer (Wien). In 3 schweren Fällen von *Puerperalfieber* wurde, nachdem andere Mittel versagt, eine *Inunctionscur mit Unguent. Credé* eingeleitet (sonst nur noch intrauterine Ausspülungen mit 50 % Alkohol), indem in Zwischenräumen von 10 Stunden je 3 g der Salbe auf der Innenfläche der Oberschenkel, auf den Oberarmen und Thorax (nach gründlicher Reinigung dieser Theile) eingerieben wurden (Dauer ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde). Schon nach der 3. Inunction begann die Temperatur zu sinken und auch die übrigen bedrohlichen Erscheinungen zu weichen. Bei Behandlung von *puerperalen Geschwüren* der Portio und Cervix, sowie der Vagina, ferner bei schlecht geheilten *Dammrissen* leistete *Itrol* gute Dienste, da bald lebhaft Granulationen auftauchten und die Heilung rasch von statten ging. Sehr werthvoll zeigte sich auch die secretionsbeschränkende Wirkung des Itrols bei grossen *Abscesshöhlen*, so in 2 Fällen, wo sich im Anschluss ans Wochenbett grosse, mehr als 1 Liter fassende, Eiterherde entwickelt hatten.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 42.)

**Seekrankheit.** Ein Hilfsmittel gegen S. empfiehlt Dr. R. Heinz (Erlangen) zur weiteren Nachprüfung. Das

hervorstechendste Symptom der S. ist das Erbrechen, das offenbar durch eine Reizung des Brechcentrums zu Stande kommt. Letzteres liegt nun, wie das Athmencentrum, am Boden des 4. Ventrikels, es ist räumlich mit diesem zum Theil identisch. Aber auch functionell bestehen enge Beziehungen zwischen beiden Centren. Werden doch bei Ausführung des Brechacts sämtliche Athmungsmuskeln in Thätigkeit gesetzt, kann man doch *irgendwie entstandenen Brechreiz unterdrücken, wenn man rasch hintereinander eine Anzahl tiefer Inspirationen vollführt!* Es wird offenbar durch die vertiefte und beschleunigte Athmung die Erregbarkeit des Brechcentrums so stark herabgesetzt, dass der Brechreiz überwunden werden kann, und dies geschieht wiederum zweifellos in Folge der durch die vertiefte und beschleunigte Respiration hervorgerufene *Apnoë*. Letztere hebt nach Rosenthal jede Reflexwirkung auf, z. B. die Reflexkrämpfe durch Strychnin, das durch reflectorische Erregung des Brechcentrums bewirkte Erbrechen nach Tartar. stibiat. Wie verhält sich nun das direct, nicht reflectorisch erregte Brechcentrum bei künstlich herbeigeführter Apnoë? Apomorphin ist ein Mittel, das durch Reizung des Brechcentrums selbst Erbrechen erzeugt. Autor hat damit bei apnoëtisch gemachten Hunden experimentirt und fand, dass es thatsächlich die Apnoë ist, die das Brechcentrum unerregbar macht. Praktisch die Thatsache zu erproben, dass durch verstärkte Athmung auch der Brechreiz bei S. überwunden werden kann, hatte Autor im vorigen Jahre Gelegenheit, und er empfiehlt daher, bei einsetzendem Brechreiz mehrmals hintereinander tief zu inspiriren.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 38.)

- Den **Werth methodischer Tiefathmungen insbesondere bei S.** schätzt auch M. Kaufmann (Freiburg i. B.). Gegen Ausbruch der S. konnte er sich und andere, die seinem Rathe folgten, auf einer stürmischen Fahrt durch diese Tiefathmungen schützen. Aber es sind noch zahlreiche Vorkommnisse der täglichen Praxis, in welchen Autor Tiefathmungen methodisch verwerthete. Vor allem bei *Ohnmacht*, wenn Bewusstseinsverlust droht oder wenn Uebelkeit und Brechreiz als Begleiterscheinungen

9\*

auftreten. Unter den mannigfachen Ursachen, die zur Ohnmacht führen können, sind es namentlich *Blutungen während der Geburt*, wo Autor das Verfahren anzuwenden Gelegenheit hatte. Neben reichlicher Luftzufuhr und Tieflage des Oberkörpers erwiesen die tiefen Inspirationen erhebliche Dienste; Uebelkeit und Erbrechen wurden seltener und hörten auf, das Sensorium ward freier, die Pat. erholten sich rascher. Dasselbe gilt auch bei *Nasenbluten*. Lässt man tief durch die Nase einathmen und durch den Mund ausathmen, so gelingt es in Fällen nicht zu starken Nasenblutens, die Blutung zu stillen, zweifellos, ebenso wie bei Ohnmacht, eine Folge der Wirkung auf die Blutcirculation. Krampfstillend wirkte ferner die Methode bei einigen Fällen von hartnäckigem *Singultus*; in solchen Fällen wirken die Athmungen jedenfalls reizmildernd auf die Reflexcentren, und ausserdem zerstreuen sie die Aufmerksamkeit, deren gespanntes Verweilen bei dem Reflexvorgang die Auslösung des Reflexes begünstigt.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 42.)

**Syphilis.** Ueber den Einfluss der Behandlung syphilitischer Mütter auf das Schicksal des Foetus sprach Prof. Riehl (Leipzig). Seine Pat. waren zumeist (29) syphilitische Gravide, Frauen, welche im secundären Stadium der S. befindlich, geschwängert wurden. Sie zeigten alle Zeichen *recenter* S. und waren deshalb in Behandlung getreten. Bezüglich der Foeten handelte es sich also um Uebertragung der S. von der Mutter her. Die mütterliche (resp. elterliche) S., der weitaus häufigste und demnach praktisch wichtigste Fall bei der Vererbung der S., wirkt bekanntlich desto deletärer auf den Foetus ein, je *recenter* sie ist. Nach Fournier z. B. starben bis zur Geburt 7 von 8 Foeten unter diesen Verhältnissen. Le Pileur, der auf Fournier's Anregung eine grössere Reihe von Fällen aus Pariser Krankenhäusern zusammenstellte, fand bei 414 Schwangerschaften syphilitischer Frauen 295 mal Tod der Frucht; von 260 rechtzeitig geborenen Kindern starben 141, nur 22 lebten länger als 1 Monat (dabei umfasst diese Statistik auch viele behandelte Fälle und S. aller Stadien). 61 von Pick zusammengestellte Fälle (von welchen einige noch mercuriell behandelt wurden), ergaben eine

Gesamtmortalität von 90%. Die Reihenfolge: Abort, Frühgeburt todt oder lebender Früchte, rechtzeitige Geburt todt, syphilitischer lebender und endlich gesunder Kinder, wie sie gewöhnlich beobachtet wird, kann als Regel gelten. Der Einfluss der mütterlichen S. schwächt sich mit der Zeit immer mehr ab, bis er schliesslich ganz schwindet. Sicher ist, dass die ersten 2—3 Jahre nach der Infection der Mutter für den Foetus die gefährlichsten sind. Einige von Riehl's Fällen (4) betreffen postconceptionelle Infection. Für die Infection der Mutter nach der Conception wird jetzt ziemlich übereinstimmend angenommen, dass der Einfluss der mütterlichen S. um so verhängnissvoller sich manifestirt je näher Conception und Infection zeitlich an einander liegen. Infection der Schwangeren vor dem 5. Monat der Gravidität giebt ungünstige Chancen für den Foetus, während letzterer, wenn die Mutter erst gegen Ende der Schwangerschaft inficirt wird, syphilisfrei bleiben kann. Man kann also jene Gruppe postconceptioneller Infection für den Foetus als ebenso gefährlich, wie die recente S. der Mütter überhaupt ansehen. Die Ansichten über den Einfluss einer antisiphilitischen Behandlung von Schwangeren auf das Schicksal der Foeten differiren nun sehr. Pick z. B. verzeichnete sehr schlechte Resultate, ebenso andere, während bei manchen die Resultate bessere waren. Der Grund der Differenzen liegt wohl besonders in der Ungleichartigkeit der Fälle, indem z. B. meist auf das Alter der mütterlichen S. nicht genügende Rücksicht genommen wurde. Für Fälle *recenter* S. der Mutter (vor oder kurz nach der Conception acquirirt) kann jedenfalls der Einfluss der antiluetischen *Allgemein-*behandlung für das Schicksal des Foetus nicht als glänzend bezeichnet werden, und man kann annehmen, dass eine recent luetische Mutter auch bei sorgfältiger Allgemeinbehandlung wenig Aussicht hat, ein gesundes Kind zu gebären. Riehl hatte nun die Idee, zu versuchen, ob es möglich wäre, *die günstige locale Einwirkung von Hg auf Syphilide für den schwangeren Uterus auszunützen*. Es ist ja bekannt, dass Producte der secundären und tertiären S. unter localer Quecksilbereinwirkung meist viel rascher als bei Allgemeinbehandlung schwinden. Andererseits wissen wir, dass



der Uterusinhalt einer syphilitischen Schwangeren häufig wenigstens theilweise syphilitisch erkrankt ist. Die Endometritis decidualis, die Endometritis placentaris gummosa (Virchow), die deformirenden Zellwucherungen der Placentarzotten (Fränkel), sind typische Syphilis-erscheinungen und geben die häufigste Veranlassung für das frühzeitige Absterben der Foeten, für Abort und Frühgeburt. An solchen vorzeitig abgestorbenen Foeten vermisst man bekanntlich häufig Erscheinungen, welche auf S. direct zu beziehen wären, und trotzdem muss der Tod der Früchte auf die mütterliche S. gerechnet werden. Jene anatomischen Veränderungen erleichtern wahrscheinlich in späterer Periode die Uebertragung des Syphilisvirus aus dem mütterlichen Blute in den Foetus, indem sie die Schutzwehr des Placentarfilters schädigen. Vom *therapeutischen* Standpunkt aus könnte man den schwangeren Uterus einer syphilitischen Mutter mit einem von gesunden Organtheilen gedeckten Syphilom in Parallele stellen. Diese Ueberlegung führte also zum Versuch der Localbehandlung. Zunächst wurden die Pat. einer Allgemeinbehandlung unterzogen und nebstdem die regionäre Therapie eingeleitet, indem Globuli vaginales, aus je 1 g Ung. ciner. und 1—2 g Butyr. Cac. gefertigt, bis zur Portio vaginalis eingeführt und zur Fixirung ein mit Bindfaden versehener Tampon (Autor verwandte Tanninglycerin-Wattetampons) nachgeschoben wurde (in der Privatpraxis Selbsteinführung mit Hülfe eines Tamponspeculums). Man beginnt mit dieser Behandlung (die nie Reizerscheinungen und nur selten Stomatitis veranlasste), sobald die Schwangerschaft constatirt oder nur wahrscheinlich geworden ist und setzt sie bis zum Ende der Gravidität fort. Der 1. Fall, den Autor so behandelte, verlief so typisch und günstig, dass er ihn kurz schildert: Mutter zweier gesunder Kinder acquirirte im Januar 1884 durch ihren Gatten S., abortirte im 1. Jahre 2 mal (im 2. und 3. Monate der Gravidität). Autor sah die Pat. im Februar 1885 mit Recidivroseola, Angina specifica, breiten Condylomen und allgemeiner Drüsenschwellung. Nach einer 6 wöchentlichen Einreibungseur war alles bis auf geringe Drüsenschwellung verschwunden. April wurde Pat. gravid. Autor verordnete die Globuli vaginales. Während der Gravidität wurde im 4. und 7. Monate je 30 Tage

Jodnatrium (2 g pro die) gegeben, im 5. und 6. Monat erhielt Pat. 20 Injectionen von Hg bicyanat. Sie gebär am normalen Ende der Schwangerschaft ein gesundes Kind, an welchem auch später sich keine Zeichen von S. fanden. Etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahre später — in der Zwischenzeit sah Autor die Pat. nicht — kam Pat. wieder im 8. Monat nieder; das schwächliche Kind mit Pemphigus plantaris starb in der 2. Lebenswoche. Autor wandte später häufig das Verfahren mit gutem Erfolge an, machte aber keine genauen Notizen. Seit 1897 wurden solche gemacht und ergaben sich folgende Resultate:

Zahl der Fälle	Abort	Frühgeburt	Rechtzeitige Geburten			Gesamt-	
				tot	syphilitisch	Mortalität	Morbidität
33	1	3	29	2	2	4	7
	3%	9%	88%	6%	6%	12%	21%

Die Mehrzahl der Pat., die ja alle wegen recenter Erscheinungen der S. in Behandlung traten, musste nach absolvirter Schmiercur und nach Schwund der papulösen Eruptionen entlassen werden. Manche erschienen zur ambulatorischen Fortsetzung der Behandlung nicht wieder, und auch bei den Weiterbehandelten liess sich die gewissenhafte Durchführung der vaginalen Therapie nicht controlliren. Um so beachtenswerther die erzielten Erfolge! Unter 33 Geburten 1 Abort, 3 Frühgeburten. Ersterer betraf eine ambulatorische Pat. in der 4. Woche der Behandlung; nach Abzug dieses Falles würde die Mortalität nur 9,4%, die Morbidität 19% betragen. Die Frühgeburten fanden im 8. und 9. Graviditätsmonate statt; 2 der Kinder blieben am Leben und zeigten bisher kein Zeichen von S. Die Gewichts- und Ernährungsverhältnisse der 29 rechtzeitig geborenen Kinder wiesen sehr günstige, den normalen Zahlen entsprechende Befunde auf. Vergleicht man damit die Resultate anderer Autoren, so stehen dieselben colossal zurück, sodass unzweifelhaft ein günstiger Einfluss der vaginalen Behandlung hervorgeht. Allerdings musste Autor seine Pat. daneben der Allgemeintherapie unterziehen, da dieselben ja ihrer S. wegen das Spital aufsuchten, doch zeigten die Erfolge klar, dass die Localtherapie hier das Maassgebende ge-

wesen war. Wenn man in der Privatpraxis die Behandlung gleich bei Beginn der Gravidität einleitet, werden sicher die Resultate noch günstiger sein.

(Congress der Deutschen Dermatolog. Gesellschaft in Breslau. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 26.)

- Ueber **Erkrankungen des Rückenmarks bei hereditär-syphilitischen Neugeborenen und Säuglingen** berichtet R. Peters (St. Petersburg), von 11 Beobachtungen ausgehend, bei denen die Erscheinungen auf einen Krankheitsherd im unteren Abschnitt des Cervicalmarks in Höhe des 7. und 8. Hals- und 1. Brustwirbels hindeuteten. Es handelte sich zumeist um complete oder partielle Lähmungen der oberen Extremitäten, zu denen zuweilen noch das Klumpke-Déjerine'sche Symptom, Pupillenverengerung mit relativer Pupillenstarre, hinzutrat. In einigen Fällen war nur eine obere Extremität, in anderen beide befallen, wobei die Parese zuweilen nur über einzelne Unterarmmuskeln ungleichmässig vertheilt war und in Folge dessen zu eigenthümlichen Stellungen der oberen Extremität, namentlich aber des Handgelenks Veranlassung gab. Es prävalirte in der Handstellung das Bild der Radialislähmung. Autor hält für besonders charakteristisch, wenn auch nicht durchaus pathognomonisch für dieluetische Erkrankung des unteren Cervicalmarks die von ihm so benannte „Flossenstellung“ der Hände. Sie setzt sich zusammen aus Symptomen der Radialislähmung und der Parese einzelner Unterarmmuskeln. Der Unterarm ist stark pronirt, sodass der Handrücken nach innen, die Handfläche nach aussen gerichtet sind, das Handgelenk ist flectirt und ulnarwärts abducirt, sodass die Stellung der Hände, besonders wenn beide Extremitäten ergriffen sind, an die Stellung der Flossen bei Robben und Seehunden erinnert. Unter den 11 Fällen wurde die Stellung 9 mal beobachtet. Diese und andere Contracturstellungen unterscheiden sich von den durch Cerebralerkrankungen bedingten, dass die letzteren das ganze gelähmte Glied treffen und eine brettartige Steifigkeit aller Muskeln hervorrufen, während die syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks bei durchaus weicher Lähmung der betreffenden Extremität nur in einzelnen wenigen Muskeln derselben eine Contractur, die bei entsprechender Behandlung rasch ver-

geht, erzeugen (die Contracturen nach Gehirnläsionen nehmen immer mehr zu). Unter den 11 Fällen war die Paralyse 1 mal gleich bei der Geburt, 8 mal 1—5 Monate nach der Geburt entstanden; bei 2 Kindern Termin nicht eruierbar. 4 mal ausser den Rückenmarkserscheinungen noch andere syphilitische Symptome (Roseolen, Plaques muqueuses etc.) zu constatiren. Behandlung bestand in Einreibungen mit grauer Salbe (0,5 täglich), in innerlichen Gaben von Calomel, im Jodkaliumgebrauch seitens der Mütter. Die Einreibungen wurden von den kleinen Pat. sehr gut vertragen. Von 10 behandelten Fällen (einer entzog sich der Behandlung) wurden 8 vollständig geheilt, 2 gebessert entlassen. Der Erfolg der Einreibungen war meist ein rascher und eclatanter; 1 mal nach 3, häufig nach 4 Frictionen sehr deutliche Besserung der Motilität, nach 10 Dosen mehrfach Restitutio ad integrum (einige bedurften 20—30). Effect um so rascher, je frischer der Fall, je besser noch der allgemeine Ernährungszustand.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd. VIII Heft 4 — Monatshefte für prakt. Derm. 1901 Bd. 33 No. 8)

### **Tuberculose. Experimentelle Untersuchungen über die**

**Tuberculose-Infection im Kindesalter** stellte Stabsarzt Dr. Dieudonné (Würzburg) an. Die Häufigkeit der T. im Kindesalter ist nach den verschiedenen Lebensjahren eine verschiedene. Nach Feer kommen in den ersten Lebensmonaten nur äusserst selten Fälle von T. zur Beobachtung, auch vom 4.—6. Monat sind sie noch selten, von da an steigt die Frequenz sehr rasch und erreicht das Maximum am Ende des 1. oder im 2. Jahr, um schon im 3. Jahr stark abzufallen. Aehnliche Statistiken wurden auch von anderen Seiten veröffentlicht. Es ändert sich eben die Infectionsgelegenheit je nach dem Alter. Sie ist nach Feer im Säuglingsalter, wo die Kinder nur in ihren Betten oder auf den Armen der Mutter sich befinden, noch gering, wächst aber ungemein, sobald die Kinder greifen, kriechen lernen, auf dem Fussboden herumkriechen, dabei Staub und Schmutz an ihre Hände, von da in Nase und Mund bringen und mit diesem Schmutz Tuberkelbacillen, die mit dem Sputum auf den Boden entleert wurden. Der Eintritt in den kindlichen Körper

wird diesen Bacillen dadurch noch erleichtert, dass die Nasen- und Mundsecretion um die Zeit des Zahnens eine recht reichliche ist, dass dadurch an den Eingängen dieser Höhlen oft Excoriationen sich finden, die neben den ebenfalls so häufig bei Kindern vorhandenen Efflorescenzen von Herpes, Impetigo, Ekzem, äusserst günstige Eingangspforten bieten. Merkwürdiger Weise wurden bisher noch nie experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen an den Händen von kleinen Kindern, die viel auf dem Boden herumkriechen, gemacht. Autor hat sich nun seit 1 Jahr damit beschäftigt und wählte 15 Kinder im Alter von  $\frac{3}{4}$ — $2\frac{1}{2}$  Jahren, deren Vater oder Mutter an T. litten, um Hände und Nase auf das Vorhandensein von Tuberkelbacillen zu untersuchen und damit bei Thieren zu experimentiren. Bei einem  $1\frac{1}{4}$ jähr. Knaben, der eine tuberculöse Mutter hatte, fanden sich virulente Tuberkelbacillen an den Händen, bei einem  $1\frac{1}{2}$ jähr. Mädchen, dessen Vater tuberculös war, solche an den Händen und im Nasenschleim. Die Wohnungen waren in beiden Fällen schmutzig, die Kinder viel sich selbst überlassen, die phthisischen Eltern hatten viel Auswurf, den sie aber nicht in einen Spucknapf entleerten. So unterstützen diese beiden positiven Befunde die Ansicht Feer's (und auch Volland's), dass bei der erworbenen T. und Scrophulose die Bodeninfection eine grosse Rolle spielt, dass es sich um eine „Schmutzkrankheit“ handelt. Zu prophylaktischen Zwecken hat Feer seinen — noch viel zu wenig gewürdigten — „Schutzpferch“ angegeben, eine allseitig abgeschlossene Holzhecke, am Boden mit Matratze und Leintuch zu belegen, in der die Kinder sich aufhalten und spielen sollen. Wenigstens sollte denselben aber ein reines Tuch auf dem Boden ausgebreitet werden, das sonst Niemand betreten darf.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 37.)

- Die **Behandlung der Phthise mit Igazol-Inhalationen**, wie sie Cervello empfohlen hat, wurden, wie Dr. J. Preissach von da mittheilt, im Budapester St.-Stefan-Spital (Prof. v. Korányi) versucht. In einem Zimmer mit 3 Betten inhalirten die Pat. in den Nachmittagsstunden (4 g Igazol pro die), sodass sie auch die Nacht in einer mit Igazoldämpfen saturirten Luft verbrachten. So wurden

10 Pat. längere Zeit behandelt, und zwar mit folgendem Effect:

1. Die Intensität und Häufigkeit des Hustens wurde in fast allen Fällen günstig beeinflusst; diese günstige Beeinflussung dauerte in manchen Fällen längere Zeit, ja blieb sogar constant, während sie in anderen nur vorübergehend war.

2. Mit der Abnahme des Hustens ging die leichter gewordene Expectoration Hand in Hand, und damit verringerten sich auch die katarrhalischen Geräusche.

3. Der Appetit wurde durch die Inhalationen in den meisten Fällen sehr vortheilhaft beeinflusst.

4. Der Schlaf wurde ruhig und erquickend, was besonders auffiel bei einigen Pat., die früher Nächte hindurch in Folge des quälenden Hustens nicht schliefen. —

Indessen konnte weder auf die Dämpfungsverhältnisse der Lungen noch auf das Fieber, noch auf die Bacillen ein Einfluss constatirt werden. Igazol kann also nur als hustenstillendes, die Expectoration beförderndes, Appetit und Schlaf hebendes Mittel angesprochen werden, dass bei chronisch-katarrhalischen Erkrankungen der Lunge, auch tuberculösen, angewendet zu werden verdient, ein specifisches Mittel ist es nicht nach den Erfahrungen des Autors, die allerdings im Krankenhaus, wo die hygienisch-diaetetische Behandlung, die Cervello verlangt, naturgemäss kaum durchzuführen ist, gemacht worden sind.

(Ungar. med. Presse 1901 No. 23.)

— **Ichthyol bei Phthise** wandte Dr. A. Mostkóff seit 2 Jahren bei über 50 Fällen an (aa. mit Aq. dest., 3 mal tägl. 5—30 Tropfen steigend, in schwarzem Kaffee oder Wein) und erzielte in leichteren und mittelschweren Fällen, wo noch keine hochgradige Zerstörung des Lungengewebes bestand, zweifellose Besserungen des Hustens, Fiebers, Allgemeinbefindens etc., sodass es hier ein vorzügliches Unterstützungsmittel bei Behandlung der T. ist, zumal es in jener Form stets gern genommen wurde und nie unangenehme Nebenerscheinungen hervorrief, ja sogar meist den Appetit

steigerte. In schweren Fällen freilich versagte auch Ichthyol.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1901 No. 76.)

## Vermischtes.

- Die **Entwicklung der Armmusculatur bei Glasmachern (Glasbläsern)** machte Dr. Schmidt (Cottbus, Heilanstalt von Prof. Thiem) zum Gegenstand von Untersuchungen. Es fiel auf, dass Glasmacher mit Verletzungen des linken Armes auch dann, wenn sich eine besonders auffallende Abmagerung am l. Arm nicht mehr nachweisen liess oder dieser sogar fast denselben Umfang hatte wie der rechte, noch über Schwäche im linken Arm klagten und diese dadurch erklärten, dass ihr *linker Arm infolge ihres Berufes viel kräftiger entwickelt sei, als der rechte*. Bekanntlich ist bei Männern, besonders aber bei denen der arbeitenden Klasse, der rechte Arm fast stets kräftiger entwickelt, als der linke (Mehrumfang bis zu  $1\frac{1}{2}$  cm). Die kräftigere Entwicklung der Musculatur muss bei der Begutachtung von Verletzungen des rechten Armes berücksichtigt werden, und der begutachtende Arzt ist verpflichtet, selbst dann noch eine gewisse Schwäche des rechten Armes zu betonen, wenn dieser denselben Umfang hat, wie der linke. Bei Glasmachern müssten sich, falls bei ihnen wirklich der linke Arm kräftiger entwickelt ist, diese maassgebenden Momente umkehren, wenn es sich um Begutachtung des linken Armes handelt. Nach der Art der Beschäftigung war von vornherein die kräftigere Entwicklung des l. Armes sehr wohl annehmbar. Die Glasmacher benützen ein etwa 1,5 m langes eisernes Blaserohr, dessen Gewicht zwischen  $\frac{1}{2}$  bis 6 kg schwankt. Das eine Ende wird in die flüssige Masse getaucht, das Rohr dann an den Mund gesetzt und die flüssige Masse, die ein zwischen 6—20 kg schwankendes Gewicht hat, am unteren Ende zur Hohlkugel aufgeblasen. Das Rohr wird hierbei horizontal gehalten und zugleich durch beide Hände in schnell rotirende Bewegung versetzt, wobei das lange Rohr mit seinem belasteten

unteren Ende auf der vorgestreckten linken Hand balancirt. Diese hat also eine viel grössere Last zu tragen, als die rechte, ferner leistet sie beim Rotiren selbst wohl noch die grösste Arbeit. Zuweilen wird die Belastung sehr gross, namentlich bei Herstellung grosser Glasgefässe, besonders aber bei Anfertigung des Tafelglases, das erst zu grossen Kugeln aufgeblasen und dann ausgewalzt wird. Autor untersuchte nun 148 Glasmacher und fand bei ihnen, namentlich bei den Tafelglasmachern in der That sehr häufig einen Mehrumfang des linken Armes um  $\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$  cm am Vorderarm, am Oberarm meist nur bis 1 cm und nicht so häufig. Ergeben weitere Prüfungen ähnliche Resultate, so müssten diese Verhältnisse bei Begutachtung von Verletzungen durchaus berücksichtigt werden. Findet man also bei einem Glasmacher nach einer Verletzung des linken Armes noch einen Minderumfang desselben von etwa 1 cm, so kann man nicht ohne Weiteres wie bei anderen Arbeitern annehmen, dass hier ein normales Verhältniss vorliegt und eine Schwäche der linken Armmusculatur nicht mehr besteht. Andererseits ist der begutachtende Arzt, wenn er bei einem Glasmacher nach einer Verletzung des rechten Armes diesen schwächer entwickelt findet, bis zu einem gewissen Grade berechtigt, in seinem Urtheil eine Schwäche dieses rechten Armes auszuschliessen. Das Erstere gilt nicht allein für die Thätigkeit als Glasmacher. Nicht nur in diesem Beruf wird sich die Schwäche des linken Armes bemerkbar machen. Jeder Mensch benützt bei allen schwereren Arbeiten das kräftigere Glied unwillkürlich mehr als das schwächere. Ein grosser Theil der Glasmacher ist durch ihre Thätigkeit gewissermaassen zu Linkshändern geworden und muss von diesem Standpunkt auch bei der Begutachtung für das gesammte Arbeitsfeld betrachtet werden.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1901 No. 9.)

- **Acetopyrin**, eine Combination von Acetylsalicylsäure und Antipyrin, ein in kaltem Wasser schwer, in wärmem und in Alkohol gut lösliches Pulver, hat Dr. Fuchs (Wien, Klinik Prof. Drasche) als *antirheumatisches*, *antipyretisches* und *antineuralgisches* Mittel benützt. Als *Antirheumaticum* wandte er es in 19 Fällen von *acutem*, 7 Fällen von *chron. Rheumatismus* an. In den



acuten Fällen bekamen die Pat. anfangs 5 g pro die in 2 stündlichen Intervallen, später 3—2 g, wodurch rasch die Erscheinungen wichen, mit Ausnahme von 2 Fällen von monarticulärem (aber nicht gonorrhöischem) Rheumatismus, bei denen sich aber auch alle anderen Medicamente als unwirksam erwiesen. Bei chron. Rheumatismus linderte Acetopyrin in den meisten Fällen die Schmerzen, wurde auch wegen des Ausbleibens von üblen Nebenwirkungen durch lange Zeit anstandslos genommen, jedoch konnten Heilungen nicht erzielt werden bis auf einen Fall, bei dem lange Zeit Schmerzen im linken Kiefergelenk bestanden, die jeder Medication widerstanden und nach 4 tägiger Behandlung mit Acetopyrin (3 g pro die) vollständig schwanden. Als *Fiebermittel* wurde Acetopyrin in 20 Fällen erprobt (16 von *Phthisis*, 2 von *Pleuritis*, je 1 von *Abdominaltyphus* und *Meningitis tuberculosa*). Die antipyretische Wirkung war in allen Fällen eine prompte. Der Temperaturabfall betrug 1° bis 2,4°, trat etwa 1 Stunde nach Einnahme von 1 g ein und dauerte durchschnittlich 4—6 Stunden. Bei den Phthisikern wurde das Pulver in der Regel des Abends zur Zeit der Temperatursteigerung gegeben, der Abfall betrug 1—2°, in mehreren Fällen unter Schweiss, der aber nicht lange anhielt und nur geringes Schwächegefühl hinterliess. Bei dem Typhus wurde durch 1 g siebenstündige Apyrexie erzielt, wobei Pat. sich sehr erleichtert fühlte. Bei einem Falle von *Pleuritis tuberculosa* zeigte sich nicht nur die antipyretische Wirkung in auffallender Weise, sondern es ging auch das Exsudat allmählig fast vollständig zurück. Als *Antineuralgicum* diente Acetopyrin in 18 Fällen. Bei 10 Fällen von neuralgiformen *Kopfschmerzen* und 4 Fällen von *Trigeminusneuralgie* zeigte es sich, dass meist schon eine 1 malige Dosis von 0,5—1,0 g genügte, um die Schmerzen entweder ganz zu coupiren oder wenigstens für mehrere Stunden zu mildern. In 2 Fällen von *Herpes zoster* und 2 von *Ischias* wurde das Präparat in 4—6 Dosen à 0,5 gegeben und dadurch die Schmerzen bedeutend gelindert. Autor gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Acetopyrin ist wie das salicylsaure Natron und andere Abkömmlinge der Salicylsäure ein Specificum gegen Rheumatismus artic. acutus.

2. Das Acetopyrin hat den Vorthail vor den übrigen Salicylpräparaten, dass es vollkommen frei von Nebenwirkungen ist; daher empfiehlt es sich, in allen Fällen von acutem Gelenkrheumatismus die Behandlung mit ihm zu beginnen.

3. Das Acetopyrin setzt bei fieberhaften Krankheiten in der Dosis von 1 g das Fieber prompt herab, und dauert diese Wirkung durchschnittlich 4—6 Stunden, wobei auch die subjectiven Krankheitserscheinungen in den meisten Fällen entschieden zurückgedrängt werden.

4. Infolge seiner Zusammensetzung hat das Acetopyrin auch hervorragende antineuralgische Eigenschaften, die seine Anwendung bei Neuralgien verschiedenster Art empfehlen.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 39.)

## Bücherschau.

- 2 hervorragende Werke, beide von Urban & Schwarzenberg Wien u. Berlin) verlegt und aufs Würdigste ausgestattet, sind in neuen Auflagen erschienen. Das eine ist Prof. Sommer's **Diagnostik der Geisteskrankheiten**, das in zweiter umgearbeiteter und vermehrter Auflage vorliegt. Die wesentliche Aenderung des eigenartigen, interessanten und lehrreichen Werkes, das es trotz des etwas abseits liegenden Stoffes, den es behandelt, nach wenigen Jahren bereits zur 2. Auflage gebracht hat, liegt darin, dass der Autor einen besonderen Abschnitt der allgemeinen Diagnostik gewidmet, in dem er die Art und Weise darlegt, wie man bei vorkommenden Fällen zur Erkenntniss der wesentlichsten Symptome gelangt, und zeigt, wie man mit einfachen Untersuchungsmethoden die Gesichtspunkte erfasst, von denen aus man die complicirten Erscheinungen der Wirklichkeit sich klar macht und in ihre Bestandtheile zerlegt. Das 400 S. starke Buch hat durch dieses Capitel eine sehr werthvolle Bereicherung erfahren und dürfte sich zahlreiche neue Freunde erwerben. — **Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft** von Prof. Kleinwächter liegt in 3. Auflage vor. Die Lectüre dieser ca. 130 S. starken Monographie ist dem Praktiker warm zu empfehlen, da der Verfasser es verstanden hat, alles,

was diese wichtige Frage betrifft, Intoxicationen. Operationsverfahren u. s. w. gründlich und übersichtlich zu erläutern und beherzigenswerthe Winke und Rathschläge für die Praxis zu geben. Dass er die Errungenschaften der modernen Wissenschaft voll und ganz sich zu eigen gemacht hat, bedarf kaum der Erwähnung. Von der Gründlichkeit des Studiums des Themas aber und von der Belesenheit des Autors giebt schon die von ihm benützte Litteratur, welche 712 Nummern umfasst, Kunde.

- Ein neues kürzlich erschienenenes (bei Gustav Fischer, Jena) Buch, verdient es, von allen Collegen angeschafft zu werden. Es ist dies ein „**kurzes Lehrbuch der Gynaekologie**“, das Küstner gemeinschaftlich mit Bumm, Döderlein, Gebhard und v. Rosthorn verfasste, und das uns in Wort und Bild (260 Abbildungen) geradezu Vortreffliches bietet und dem Studenten und praktischem Arzte unentbehrlich zu werden verspricht. Mit ganz kurzen, klaren Worten, bei wichtigen Dingen sogar in Form prägnanter Lehr- und Leitsätze, wird hier alles Nothwendige besprochen, wobei die Diagnose und Therapie besonders liebevolle Berücksichtigung finden und stets auf die praktischen Bedürfnisse das Hauptgewicht gelegt wird; das weniger Wichtige wird nur gestreift oder in Kleindruck wiedergegeben. So wurde es möglich, auf 460 Seiten das ganze Gebiet in der angegebenen Weise lückenlos zu bearbeiten. Die Illustrationen sind vortrefflich, überhaupt die Ausstattung tadellos, obwohl der Preis des Buches nur M. 6.— beträgt. Verleger und Herausgeber werden aber belohnt werden durch den Erfolg und die Verbreitung, die das Werk ganz zweifellos finden werden. — Im gleichen Verlage erschien P. H. van Eden's **Verbandlehre** (Preis M. 6.—), ein Werk, das in Holland sich bereits grosser Beliebtheit erfreut, in deutscher Sprache. Trotzdem wir bereits eine Anzahl guter Verbandlehren besitzen, wird voraussichtlich auch dieses Buch zahlreiche Freunde sich erwerben, da die 225 Abbildungen, die uns der Autor bietet, so naturwahr dargestellt und so prachtvoll reproducirt sind, dass sie fast plastisch unseren Augen erscheinen und auch den Laien befähigen, event. sich danach zurichten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 4.**

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**Januar**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

**D**ie früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Alopecie.** Dass es eine neurotische A. giebt, zeigt wieder eine Beobachtung von A. Bayet (Brüssel). Ein 17 $\frac{1}{2}$ jähr. Pat., stark nervös veranlagt, erhielt einen heftigen Faustschlag gegen die rechte Schläfe. Schwellung des Gesichts und heftige Kopfschmerzen folgten unmittelbar, 3 Wochen später begannen plötzlich die Haare auszufallen, und zwar so rapid, dass an einem Tage fast der ganze Kopf kahl wurde. Autor untersuchte mikroskopisch und glaubt, durch Messungen der wiederwachsenden Haare beweisen zu können, dass die gefundenen krankhaften Störungen in der Papille nicht erst mit dem Haarausfall zusammenfielen, sondern zeitlich nahe an das Trauma zurückdatirten. Diese Alteration war nur eine vorübergehende, die Papillenfunktionen stellten sich wieder ganz her.

(Dermatolog. Zeitschrift 1901 Bd. VIII. Heft 4.)

- **Epicarinspiritus bei Seborrhoea capitis** und der ihr folgenden  
A. ist nach Dr. F. Winkler (Wien) sehr zu empfehlen.

Rp. Epicarin. 5,0.

Aether. sulfur. 15,0.

Spir. vin. gall. 80,0.

Nach Scheitelung des Haares bringt man täglich 1mal einige Tropfen desselben auf die Kopfhaut und verreibt sie mit den Fingern.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 8.)

**Anaesthesie, Narkose.** Eine neue Eucain-Art, das **essigsaure Beta-Eucain** (Scherings Fabrik Berlin) versuchte Dr. P. Cohn in der Poliklinik von Prof. Silex (Berlin). Das Präparat besitzt vor dem salzsauren Beta-Eucain den Vorzug, dass es sich sehr leicht in Wasser löst (zu 33%). Die Prüfung erstreckte sich auf 20 normale und 80 pathologisch veränderte Augen und wurde mit 2%iger wässriger Lösung ausgeführt (bei höherer Concentration oft Reizung!). Bei normalen Augen wurde von manchen leichtes Brennen nach Einträufelung des 1. Tropfens verspürt (das aber meist nach  $\frac{1}{2}$  Minute verschwand), von anderen dagegen nicht. Objectiv liess sich in den meisten Fällen einige Secunden nach Instillation des 1. Tropfens eine leichte Conjunctivalhyperaemie feststellen (also das Gegentheil von der durch Cocaininstillation bewirkten Ischaemie), begleitet von mässiger Thränensecretion, die nach 30—40 Secunden wieder nachliess. Nach 3 Minuten, in denen 3 Tropfen eingeträufelt wurden, war die Cornealanaesthesie eine vollkommene, einen Moment später wurde die Conjunctiva anaesthetisch; die Anaesthesie hielt sich 10—15 Minuten und klang dann langsam ab. Nie störender Einfluss auf die Pupillenweite (bei Cocain oft stundenlange Mydriasis!), nie Störung der Accommodation, nie Veränderung der Bulbustension (nach wenigen Tropfen Cocain oft schon Hypotonie!), nie Schädigungen des Hornhautepithels, nie Intoxicationerscheinungen. 10 mal wurden *Fremdkörper* (meist kleine Eisensplitter) aus der Cornea entfernt; nach 4—5 Minuten war die Cornea anaesthetisch genug, um die Entfernung, selbst bei tiefem Sitz, gelingen zu lassen. Das *Schlitzten des Canalis lacrymalis*, die Sondenbehandlung resp. das Durchspülen gelang fast stets nach Instillation von

2 Tropfen. 10 Pat. wurden von ihrem *Chalazion* durch Incision von der Conjunctiva aus, mit nachfolgender Auslöfflung und Excision eines Stückes aus dem Tarsus nach Instillation von 3—4 Tropfen ohne stärkere Schmerzen befreit. Die anaesthesirende Kraft des Präparates kommt also der des salzsauren Eucains, wie der des Cocains gleich und blieb auch nach wiederholtem Sterilisiren durch Aufkochen dieselbe. Es ist ferner noch einmal so billig, als Cocain.

(Medicin. Woche, 1901, 36.)

- Zur **Verbilligung der localen Anaesthesia.** Zur Erzielung einer localen Anaesthesia wird jetzt vielfach das Eucain. B hydrochloric. in 2% iger wässriger Lösung in Gebrauch gezogen. Von allen Seiten wird die geringe Giftigkeit dieses Körpers dem Cocain gegenüber hervorgehoben. Benützt wird Eucainhydrochlorid als locales Anaestheticum in der Augenheilkunde, bei Operationen, sowie zur Erzielung der Infiltrationsanaesthesia nach der Schleich'schen Methode. Man bedient sich zu letzterem Zwecke der Formel:

Rp. Eucain. B hydrochlor. 0,1

Natr. chlorat. 0,8

Aq. dest. 100,0

M. D. S. Zur subcutanen Injection.

In der Augenheilkunde kommen ausschliesslich 2% ige Lösungen zur Anwendung. Hierzu kommt ferner in Betracht, dass Eucain wesentlich, etwa die Hälfte, billiger als Cocain ist. Dazu lässt es sich weit länger als letzteres aufbewahren, da seine Lösungen durch Kochen nicht in ihrer Wirkung verändert werden. Handelt es sich um stärkere Lösungen, so kann statt Eucain. B hydrochloric. das viel leichter in Wasser lösliche Eucain. B acetic. benützt werden.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Die Verwendung fabrikmässig sterilisirten Nahtmaterials für die Praxis empfiehlt Prof. Dr. Krönig (Leipzig). Resorbirbares Material, Catgut bietet dem Praktiker viele Vorthelle. Wie angenehm ist es z. B. für den Landarzt, wenn er bei Dammrissen u. s. w. nicht an einem bestimmten Tage behufs Entfernung der Nähte

10\*

da sein muss, wenn diese Entfernung überhaupt fortfällt! Die einwandfreie Sterilisation des Catgut ist aber für den Praktiker recht umständlich, weshalb Autor die Firma Dronke (Köln) ersuchte, Catgut nach der von ihm angegebenen Methode (Erhitzung der in zweckmässigen Schachteln befindlichen Catgutfäden im Cumolbade auf 160° für eine Stunde) so vorrätig zu halten, dass das Catgut dauernd steril blieb. Das ist gelungen, und die glänzenden Resultate z. B. in der Leipziger Frauenklinik, wo seit Jahren dies Material bei allen Operationen verwandt wird, beweisen, dass die Frage, dauernd sterilisirt bleibendes Nahtmaterial für die Praxis zu liefern, gelöst ist. In jeder Schachtel befinden sich 3 Fäden von je 3 m Länge (jetzt giebt es auch solche mit Fäden von 85—100 cm Länge), einzeln in Seidenpapier verpackt (in verschiedenen Stärken; der Praktiker kommt mit No. 0, 1, 2, aus). Ist z. B. ein Dammriss zu nähen, so wird die Schachtel geöffnet und mit einer sterilen Pincette das oberste Catgutpacket herausgenommen. Es genügt der im obersten Seidenpapier liegende Catgutfaden von 3 m vollständig, um auch einen relativ grossen Dammriss exact zu vereinigen. Nach der Entnahme wird die Schachtel wieder geschlossen, und die beiden anderen in der Schachtel zurückgebliebenen, in Seidenpapier gewickelten Fäden können nach beliebig langer Zeit verwendet werden, da durch die einmalige Entnahme des obersten Catgutpacketes die Keimfreiheit des darunter liegenden Materials nicht gestört ist. Das herausgenommene Catgut verwendet man am besten trocken, tauche es erst nicht in eine Flüssigkeit, da solche die Festigkeit des Materials verringern.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 44.)

- **Chinin als Stypticum und Antisepticum** empfiehlt Dr. H. Marx (Lübbecke). Man bedient sich am besten der feuchten Tamponade resp. Compression, indem Gazebäusche, in 1—2% ige Lösung von Chinin. hydrochloric. getaucht, in die Wunde eingeführt, resp. auf die blutende Fläche (bei parenchymatöser Blutung) aufgedrückt werden. Eine Schädigung des Gewebes fand nie statt, nie Reaction irgend welcher Art. Die desinficirende Wirkung des Chinins gilt natürlich nur in soweit, als es über-

haupt möglich ist, bereits inficirte Wunden zu desinficiren. Jedenfalls kann man stets, in Anbetracht des Fehlens schädlicher Nebenwirkungen des Chinins, den Versuch einer Desinfection mit diesem Mittel unternehmen. Sicher aber ist das Chinin im Stande, bei aseptischen Operationen einmal jeden letzten Rest parenchymatöser Blutung zu stillen, dann aber auch die spärlichen, von den operirenden Händen in die Wunden gelangten Keime vollends unschädlich zu machen.

(Centralblatt für Chirurgie 1901 No. 45.)

- **Untersuchungen des Harns Typhuskranker auf Typhusbacillen** hat Stabsarzt Dr. Schüder vorgenommen, wobei, was ja bereits früher vielfach constatirt worden ist, wieder sich ergab, dass im Harn nicht selten diese Bacillen in enormer Menge zu finden sind und sich auch bisweilen noch bis tief in die Reconvalescenzzeit hinein finden. Als praktische Consequenz ist also hervorzuheben, dass der *gründlichen Desinfection des Harnes von Typhuskranken bis wochenlang in die Reconvalescenz hinein* weit mehr Aufmerksamkeit zu schenken ist, als bisher, und dass dieser Harn praktisch immer als infectionsfähig anzusehen ist. Auch die ausgiebige *Desinfection des Badewassers* von Typhuskranken erhält eine erhöhte Bedeutung, wenn man bedenkt, welche ungezählten Millionen Typhusbacillen mit dem von dem Pat. sehr häufig während des Badens entleerten Harn ins Wasser gelangen können. Welche Gefahr droht damit in erster Linie schon dem Pflegepersonal, welches ja mit dem häufig so hochgradig inficirten Wasser zu hantiren hat!

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 44.)

**Dysenterie.** Die Methode seiner Calomelbehandlung, wie sie sich in Kamerun und anderswo stets vorzüglich bewährt hat, setzt Dr. A. Plehn noch einmal auseinander. Sowie D. festgestellt ist oder Verdacht auf D. besteht, erhält Pat. 30 g (2 Esslöffel) Ricinusöl, das sofort eine Menge infectiösen Materials beseitigt und das Darmrohr reinigt. Ist seine unmittelbare Wirkung vorüber (meist am nächsten Morgen), so bekommt Pat. stündlich eine Tablette (à 0,03) Calomel, bis 12 Tabletten (= 0,36 Calomel) verbraucht sind. Ebenso wird während der beiden folgenden Tage verfahren (in der Nacht Pause).



Autor legt Werth darauf, dass das Calomel in Tabletten genommen wird. Die von der Kade'schen Oranien-apotheke (Berlin) gelieferten Tabletten zerfallen sehr leicht und scheinen recht gleichmässig zu wirken, während durch diese Form der Darreichung verhütet wird, dass ein in Betracht kommender Theil des Mittels im Munde zurückbleibt und dadurch das Entstehen von Stomatitis befördert. Ueberdies muss jeder Pat. jedesmal, nachdem er seine Tabletten geschluckt, seinen Mund gründlich durch Spülen mit einer Lösung von Ratanhatinctur in Wasser oder mit Salicylsäurelösung reinigen. Treten die geringsten Beschwerden auf, so wird ausser der Spülung noch Zahnfleisch u. s. w. mit watteumwickelten, in solche Lösungen getauchten Holzstäbchen abgerieben. Eine Unterbrechung der Calomelbehandlung ist deshalb nicht nöthig, aber nöthig ist es, jene Mundpflege mindestens 3 Tage lang fortzusetzen, nachdem die letzte Calomeltablette genommen wurde, da eine Stomatitis noch 3—4 Tage nach Beendigung der Calomelcur sich entwickeln kann, wenn die Vorschriften nicht befolgt werden. Wichtig ist es ferner für Verhütung von Intoxication, sofort eine event. Verstopfung zu bekämpfen, welche manchmal schon am 2., öfters am 3. Calomeltage (oder in den ersten Wismuthagen) den heftigsten Durchfällen folgen kann; hier am besten Ricinusöl (15—20 g) oder Klystier von Salicyllösung. Nachdem die Calomeltabletten 3 Tage genommen, werden sie vom 4. Tage ab, durch je 12mal 0,5 Bismuth. subnitr. (ebenfalls in Tabletten) ersetzt, wobei mit der Mundpflege fortgefahren wird. 6 g Wismuth pro die werden so verbraucht, bis der Stuhl geformt ist und jede pathologische Beimengung einige Tage lang fehlt. Dann wird es noch während kurzer Zeit zu 3 g pro die gegeben. Bei Neigung zur Verstopfung in den späteren Stadien der Behandlung oder bei postdysenterischem Darmkatarrh wird Morgens  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  L. künstlichen Karlsbader Brunnens verabreicht, den die Reconvalescenten mit bestem Erfolg noch einige Wochen fortgebrauchen, nachdem die medicamentöse Behandlung beendet ist. Bei fortdauernder Reizbarkeit des Darmes wird er durch Kissinger (Rakoczy) ersetzt. Sehr wichtig ist die Diaet. Die Pat. erhalten mindestens während der ganzen 1. Woche und jedenfalls so lange, bis der

Stuhl nur noch 1—2mal täglich erfolgt und 3—4 Tage lang deutlich geformt ist, eine gemischte, aber ausschliesslich flüssige Nahrung, deren Grundlage stark gekochter, durchgeschlagener Reis, Bouillon mit Ei (geschlagen), Schleimsuppe, Cacao und nach Möglichkeit d. h. je nachdem Pat. sich dazu versteht, Milch ist; daneben auch etwas guter Bordeaux. Sehr irrig wäre es, zu glauben, dass der Process im Wesentlichen abgelaufen ist, wenn infolge des angegebenen Regimes vielleicht schon am 3. oder 4. Tage harter, wurstförmiger Stuhl entleert wird. Meist zeigt es sich bei genauerem Nachsehen, dass der geformte Stuhl stellenweise mit einer blutig tingirten Schleimschicht bedeckt ist; oder es finden sich Schleimklümpchen und Fetzen in den Lücken der Kothmasse. Sobald die Beimengung charakteristischer Schleimfetzen und namentlich jede Spur von Blut (Mikroskop!) seit mehreren Tagen vollkommen verschwunden ist (in mittelschweren, frisch zugegangenen Fällen etwa nach 8—10tägiger Behandlung) erhalten die Pat. als Zulage zu der flüssigen Diaet gestampfte Kartoffeln, Reisbrei, Griesbrei, Eierspeisen, etwas leichten Zwieback, ferner Tropon (aber nicht in Speisen gemengt, da sonst alles dem Pat. vereckelt wird, sondern als „Medicin“ mit Wasser vermischt d. h. 2—3mal täglich 1—2 Esslöffel zu einem dicken Brei innig vermischt). Erst nach 12—16 Tagen bei günstigem typischem Verlauf, und nachdem seit mehreren Tagen jede Spur eines etwaigen postdysenterischen Katarrhs verschwunden ist, geht man mit grösster Vorsicht zur gemischten leichten Fleischkost (erst geschabtem Schinken, gehacktem Hühnerfleisch, bald auch Fisch) mit Gemüse über. Aber selbst wenn Pat. schon geheilt zu seinem Beruf zurückgekehrt ist, muss er noch Wochen und Monate jeden Diaetfehler, jede Extravaganz vermeiden, um vor Rückfällen sicher zu sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 39.)

**Ekzem.** Untersuchungen über die parasitäre Natur des E. stellte Dr. M. Bockhart (Wiesbaden) an und kam zu folgenden Resultaten, die eine Bestätigung der viel bekämpften Unna'schen Theorie von der parasitären Natur des E. bilden: *Das E. ist eine infectiöse Entzündung der Oberhaut. Die Erreger des Ekzems sind*

*Staphylokokken.* Es entsteht und entwickelt sich auf folgende Weise: Die gesunden Hautfollikel eines prädisponierten Individuums können lebende, aber unthätige Staphylokokken enthalten. Diese Staphylokokken können durch irgend eine ausserhalb oder innerhalb des Körpers liegende Ursache, die den Nährboden der Kokken im Follikel verbessert, zu vermehrter Lebensthätigkeit gebracht werden. Eine Folge des nun lebhafteren Stoffwechsels der Kokken ist die Excretion von *Staphylotoxin*. Sobald das Staphylotoxin aus dem Follikel in die Epidermis diffundirt, veranlasst es vermöge seiner serotaktischen Wirkung die Bildung von Papeln und Bläschen in der Oberhaut. Die Papel oder das Bläschen über dem Follikel enthält dann Serum und Staphylokokken. Die Papeln oder Bläschen in der unmittelbaren Nachbarschaft des Follikels enthalten klares Serum und zunächst keine Staphylokokken; sie bleiben eine Zeit lang steril. Nach einiger Zeit vermehren sich die Staphylokokken in dem Bläschen an der Mündung des Follikels. Dann wandern auch Leukocyten in dieses Bläschen ein. Später können die Staphylokokken auf dem Wege der Saftspalten in der oedematösen Epidermis auch die sterilen Bläschen in der Nachbarschaft secundär inficiren. In dem serösen Inhalt dieser Bläschen treten dann ebenfalls Leukocyten auf. Ob die Bläschen im späteren Verlauf pustulös werden oder ihren leukoserösen Inhalt bewahren, hängt vom Plasmingehalt der Staphylokokken ab. Die eröffneten Bläschen und die nässende Ekzemfläche und ihre Umgebung können durch Staphylokokken von hohem Staphyloplasmingehalt inficirt werden. Dann entstehen die das E. complicirenden Eitererkrankungen der Haut, Impetigo staphylogenes und Furunkel. Geht das E. nicht in Heilung über, wird es chronisch, dann entstehen unter anderem Gewebsveränderungen im Corium und im subcutanen Bindegewebe, die nicht direct durch die Staphylokokken veranlasst sind.“

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33 No. 9.)

- **Lanoformstreupulver bei Wundsein der Neugeborenen** empfiehlt Dr. G. Siefert (Berlin). Das Präparat ist hergestellt\*) aus einer Verbindung des Adeps lanae mit

\*) Walter Weiss, Berlin SO. Pücklerstr. 35.

Formaldehyd, Talc. und Zinc. oxyd. Es ist sehr hygroskopisch, hat eine milde antiseptische und adstringierende Wirkung, ballt sich nicht in dicke Klumpen zusammen, sondern bildet höchstens feine Flöckchen und überzieht die wunde Haut mit einem leichten trockenen Ueberzug, welcher als Schutzdecke wirkt. Zudem ist es billig (schon in Päckchen zu 10, ferner in Streudosen zu 30 und 60 Pfg. erhältlich). Autor hat es bei 40 Kindern benützt und stets so gute Resultate erhalten, wie mit keinem anderen Streupulver.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

**Furunkel.** Therapeutische Details bei Behandlung der Furunculosis giebt Dr. Ed. Arning (Hamburg) an. Es sind hier 5 Punkte zu berücksichtigen:

1. Behandlung der Einzelefflorescenz. Jeder einzelne F. stellt eine Brutanstalt für Staphylokokken dar und gefährdet nicht nur die nächste Umgebung, sondern durch Verschleppung der Keime auf der Haut und in den Lymphbahnen auch weitere Hautgebiete. Die Behandlung hat möglichst früh einzusetzen; etwa vor dem 4.—5. Tag seit dem Entstehen in Angriff genommen, vermag die Therapie jeden F. abortiv zu beseitigen.
2. Schutz der noch intacten Hautabschnitte.
3. Behandlung der einer localen Furunculosis zu Grunde liegenden Dermatosen.
4. Abhalten äusserer Reize.
5. Behebung etwa bestehender Störungen des Gesamtorganismus.

Nur wenn man auf alle diese Punkte Rücksicht nimmt, gelingt es, des Leidens Herr zu werden. Kommt ein Pat. in Behandlung, so hat er bereits allerlei aufgeklebt, geschmiert u. s. w. Hier heisst es zunächst gründlich reinigen, wobei sich Benzin sehr bewährt; wenig reizend, entfernt es leicht Pflastermassen und den schmierigen Belag von macerirtem Epithel und Secret. Ist der F. schon geöffnet, so kann man weiter nichts thun mit ihm selbst. Ist er aber noch geschlossen, dann ist die beste Abortivbehandlung die *Thermokaustik*. Ein hellrothglühender spitzer Platinbrenner wird dreist tief ins Centrum gestossen; man fühlt ganz deutlich, wenn man die verdickte Cutis durchbohrt und in den Nekroseherd eingedrungen ist. Bei grossem F. der dicken

Nacken- oder Gesässhaut muss man häufig 1—1½ cm tief einstechen. Gelangt man wegen Abkühlung des Paquelin nicht gleich bis zur gewünschten Tiefe, muss man nach frischem Anblasen des Brenners ein 2. Mal eingehen; dieser 2. Stich thut kaum weh, während der 1. immerhin einigen, doch nur momentanen Schmerz macht. Ob man die richtige Tiefe erreicht hat, zeigt sich auch noch an bestimmten Merkmalen. Bei einem relativ frischen F. sieht man nach Hervorziehen des Brenners eine weissliche Schmiere, nekrotische Massen in der Tiefe des Loches; bei bereits eitrigem Zerfall quillt sofort Eiter hervor. Dann hört der eigentliche Furunkelschmerz direct nach dem Einstich auf, sodass die Pat. bei Nackenfurunculose sofort ihren Kopf frei bewegen, bei Glutaealfurunkel sich gleich setzen können. Das scheint zum Theil Wirkung der das Gift selbst abtödtenden Wirkung der Hitze zu sein. Deshalb operirt Autor auch stets mit recht hellglühendem Platinbrenner und geht bei grösserem F. an verschiedenen Stellen ein, überall dort, wo es den Anschein hat, dass ein Durchbruch erfolgen soll. Auch das Fieber fällt sofort nach dem Eingriff ab, Lymphangitiden und Drüenschwellungen bilden sich rasch zurück. Aus dem F. ist eine nicht schmerzhaft, lochförmige Wunde geworden. Man wird diese Oeffnung natürlich je nach Grösse des F. verschieden gross zu machen haben. Für kleinste F. ist ein ganz kleiner Brenner, für die grösseren einer von 2—3 mm zu benützen, ganz grosse werden mehrfach punctirt. Im Gesicht und Halse, wo keine Reibung stattfindet, wird die kleine Brandwunde ganz frei gelassen, da wo Kleider aufliegen oder die Umgebung schon sehr gereizt ist, trägt Autor zunächst eine Firnissschicht von Tumenolaetherbenzoë auf, bei Seborrhoë unter Zusatz von etwas Anthrarobin;

Rp. Anthrarobin. 2,0

Tumenol. 8,0

Aether. sulf. 20,0

Tct. benz. 30,0

und legt, ehe der Firniss ganz trocken, ein kleines Stück Chinosolgaze über den Furunkel selbst, darüber ein Streifen eines nicht reizenden und leicht entfernbaren, wenig macerirenden Pflasters, wozu sich 2½ % Salicylseifenpflaster (von Beiersdorf & Co., Hamburg,

auf feinen Tricot gestrichen und als  $2\frac{1}{2}\%$  Salicyl-tricoplast verkauft) bestens bewährt; alle Tage Wechsel. Daneben hat man nun der Umgebung Aufmerksamkeit zu schenken. Bei Nackenfurunculose hat man z. B. nach dem Schnitte der Haare zu sehen. Häufig findet man die Nackenhaare auf wenige mm gestutzt. Das Resultat ist, dass die kurzen starren Haarreste die Reibung des steifen Kragens direct auf die Haarpapille übertragen und dergestalt einen mechanischen Reiz ausüben, welcher für die Infection disponirt macht. Das länger gelassene, weichere Haar dagegen wird in seiner eigenen Elasticität äussere mechanische Reize absorbiren und dieselben nicht zur Haarwurzel gelangen lassen. Das Gleiche gilt bei im Vollbart localisirter Furunculose von der kurz geschnittenen Barttracht. Ist der Kragen oder Hemdquärder an der Kante schadhafte, so hat man darauf hinzuweisen. Bei den häufigen Furunkeln unterm Kinn hat man die hohen Stehkragen mit scharfen Ecken zu eliminiren. Dann kommt vor allem der Zustand des Haarbodens am Hinterkopfe in Betracht. Gerade hier ist häufig ein Stammsitz einer Psoriasis oder Ekzems, häufig nur in Form eines geringen trockenen seborrhoischen Zustandes, der aber vollständig genügt, um durch den kratzenden Finger zur Nackenfurunculose zu führen. Auch auf Pediculosis capitis hat man zu fahnden, und ebenso auf andere local disponirenden Momente bei anderer Localisation. Bei den Schweissdrüsenfurunkeln der Achselhöhle, die besonders dem weiblichen Geschlecht eigen, werden wir den Reiz der Kleidung, zu eng geschnittene Armlöcher, vor allem die zur Maceration der Haut beitragenden Schweiss-Schutzblätter aus Gummi etc. in Betracht ziehen und auf das Vorhandensein von Ekzemen und Erythrasmen fahnden. Bei einer Glutaeal-Furunculosis wird man fast stets Haemorrhoidalanlage oder Ekzema ani finden, bei Reitern impetiginös gewordene Druckblasen u. s. w. Alle solche Momente muss man auszuschalten suchen, wobei man freilich energische Maassnahmen vermeiden soll, von allem abstehen muss, was auch nur vorübergehend eine Steigerung der Hautentzündung und des Juckreizes im Gefolge haben könnte. Autor perhorrescirt also hier scharfe Abwaschungen oder gar Abbürstungen mit der beliebten grünen Seife, oder Theerschwefelseife, selbst

Hg-Pflaster und Sublimatumschläge, Carbol und Resorcin. Empfehlenswerth sind *Salicylsäure*, daneben bei allgemeiner Verbreitung *Kreolinbäder* (Vollbad ca. 30° C. mit 20—25 g Kreolin), die sehr erfrischend und jucklindernd wirken. Unentbehrlich sind solche Localbäder bei mit chron. Ekzem combinirter Furunculose der Hände, bei solcher der Genitoanalgegend u. s. w.; die Kreolinbäder sind hier überall ausgezeichnet. Nach dem Bade darf der Körper natürlich nicht abgerieben, sondern muss vorsichtig abgetupft werden; auf die erkrankten Parthieen tupft man dann 2%igen Salicylspiritus auf, ebenso auf die Umgebung, sucht neu sich bildende F. auf, tödtet jeden mit dem Paquelin ab und bedeckt endlich die ganze Parthie dünne mit einer Zinkpaste:

Rp. Sulfur. praec.

Camphor. trit.  $\overline{aa}$  1,0

Acid. boric. 8,0

Zinc. oxyd.

Amyl. trit.  $\overline{aa}$  20,0

Vaselin. flav. ad 100,0

Finden sich noch torpide, schlaffe Beulen, die oberflächlich verheilt erscheinen, in der Tiefe aber noch blutig tingirt und zersetzten Eiter enthalten, so werden auch diese mit dem Paquelin, aber mit grösserem Brenner, geöffnet, mit einem nicht reizenden Pulver, Dermatol z. B. gefüllt und mittelst eines möglichst kleinen Stückes 2½% Salicyltricoplast geschlossen. Ebenso verfährt man mit noch in Reinigung befindlichen oder granulirende Reste zeigenden Furunkeln. Berücksichtigt man noch endlich bestehende Diathesen und Dyskrasieen (Diabetes, Tuberculosis, Anaemie, Gicht, Fettsucht, Morphinismus etc.), so hat man seine Pflicht gethan, die sicher auch von Erfolg gekrönt sein wird.

(Monatsschrift für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 7.)

— Zur **Therapie des Carbunkels** bei messerscheuen Pat. empfiehlt Dr. Ströhl (München) folgende, von ihm erprobte Methode: „Man legt auf den noch geschlossenen Carbunkel folgende Salbe:

Rp. Acid. salicyl. 2,0

Mellis crud. 20,0

Extr. arnic. flor. 10,0

Farin. trit. q. s. ut f. ung. molle.

Diese Salbe, welche die umfangreiche Entzündung in ein paar Tagen auf eine ziemlich kleine Stelle einschränkt und zugleich die Erweichung beschleunigt, wird messerrückendick (ja nicht sparsam!) auf Borlint gestrichen und breit aufgelegt, worüber dann fingerdick Bruns'sche Watte und Guttaperchapapier kommt. Die Salbe wird alle 24 Stunden frisch auf neuen Borlint gestrichen und mit diesem Verbande fortgemacht, bis der Carbunkel an einer oder, wie in der Regel an mehreren Stellen (siebförmig) aufbricht. Nun wird täglich nach jedesmaligem, möglichst ergiebigem Ausdrücken des Carbunkels und nach Reinigen mit 3%igem Carbolwasser auf die offenen Stellen ein kleines Stück Borlint, mit 3%igem Carbolwasser durchtränkt, aufgelegt, worüber dann noch immer breit die Salbe mit gehörig Watte und Guttaperchapapier kommt. Die Salbe wird erst entbehrlich, wenn der eitrige Zellgewebspfropf offen zu Tage liegt, worauf dann nur noch täglich mit Borlint, in Carbolwasser getaucht, Bruns'scher Watte und Guttaperchapapier verbunden wird. Hat sich dann auch der Eiterpfropf abgestossen, so wird nunmehr trocken verbunden, indem in die reine Höhlung Jodoformgaze kommt und darüber noch Watte. Sind endlich die Granulationen bis zum Niveau der Haut heraufgewachsen, so legt man täglich 10% Xeroform-Lanolin mit 5% Glycerin, auf gewöhnlichen Lint gestrichen, über die Wunde, wodurch bald eine glatte und weiche Vernarbung erzielt wird.“

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 45.)

**Helminthiasis.** Helminthologische Beiträge zur Appendicitis liefert El. Metschnikoff, indem er einige Fälle anführt, wo *recidivirende Appendicitis dadurch dauernd geheilt wurde, dass Ascaris und Trichocephalus, deren Eier man bei der mikroskopischen Untersuchung der Stühle entdeckte, entfernt wurden.* Diese Entfernung gelingt selbstverständlich, wenn zahlreiche Exemplare im Darm vorhanden sind, nicht immer auf einmal, sondern mitunter muss die Wurmcure öfters wiederholt werden, ehe alle Darmparasiten eliminiert sind und damit die Appendicitiserscheinungen verschwinden. Auch genügt oft nicht *eine* mikroskopische Untersuchung der Stühle, sondern dieselbe muss, wenn



jene negativ ausfiel, wiederholt werden, damit man sich Gewissheit verschafft, ob Würmer vorhanden sind oder nicht. Zweifellos spielen letztere eine doppelte Rolle, indem sie zunächst eine directe mechanische oder chemische Wirkung auf den Appendix oder die benachbarten Theile ausüben, ausserdem aber eine indirecte Wirkung erzeugen durch die Bakterien, welche sie in die von ihnen laedirte Schleimhaut einbringen. Manchmal wird berichtet, dass Appendicitis epidemisch in Pensionaten auftritt oder in Familien nacheinander mehrere Mitglieder befällt. Für letztere Fälle hat man zur Erklärung eine gewisse hereditäre Disposition herangezogen, für erstere hat man einfach an eine Analogie mit Angina gedacht. Für beide Fälle würde wohl die mikroskopische Untersuchung der Faeces die Aufklärung bringen, denn es ist sehr leicht, diese Fälle durch Beschmutzung der in der gleichen Familie oder im gleichen Pensionate genossenen Nahrungsmittel mit den Resten von menschlichen Dejecten, die an roh genossenen Früchten, Gemüsen etc. eingetrocknet sind, zu erklären. Autor will demnach folgende Regeln befolgt wissen und ist überzeugt, dass die Einhaltung derselben eine gewisse Anzahl von Appendicitisfällen zur Heilung bringen, andere schwere Fälle erleichtern und überhaupt zur Verminderung der Häufigkeit dieser Erkrankung führen wird.

1. In allen Fällen, bei denen Verdacht auf Appendicitis besteht, ist die helminthologische Untersuchung der Faecalmassen vorzunehmen.

2. In allen Fällen, wo dies möglich ist, ist die anthelminthische Behandlung mit Santonin gegen *Ascaris* und Thymol gegen *Trichocephalus* einzuleiten.

3. Personen, die an Appendicitis leiden, soll man den Genuss roher Früchte und Gemüse, sowie das Trinken nicht gekochten und filtrirten Wassers verbieten.

4. Das Verbot des Genusses roher Nahrungsmittel und unreinen Wassers bildet eine wichtige prophylaktische Maassregel.

5. Von Zeit zu Zeit sind, namentlich bei Kindern, Stuhluntersuchungen vorzunehmen und Anthelminthica zu verabreichen.

(Académie de méd. in Paris, 12. III 1901. —  
Klin.-therap. Wochenschrift 1901 No. 12.)

— **Cuprum oxyd. nigrum als Bandwurmmittel** wurde schon von Rademacher empfohlen, später von Hager in folgender Form:

Rp. Cupr. oxyd. nigr. 3,0  
 Calcar. carbonic. 1,0  
 Bol. alb. laevig. 6,0  
 Glycerin. gt.  
 M. f. pill. No. 120  
 S. Täglich 4mal 2 Pillen (bei Vermeidung von sauren Speisen); Kinder nehmen nur 2mal tägl. 2 Pillen, bis 50—60 verbraucht sind. Einige Tage später eine Dosis Ricinus.

Dr. Dörr (Haan) theilt jetzt mit, dass auch er mit den Erfolgen dieser Therapie sehr zufrieden ist, dass er aber bei Erwachsenen die doppelte Dosis (also obige Zahlen verdoppelt) ordinirt. Rademacher und Hager haben hervorgehoben, dass der Bandwurm mehr oder weniger verwest abgeht, weshalb ersterer bei Pat., welche den Wurmagang sehen wollen, für einige Tage daneben Aloë in solcher Menge giebt, dass mässiges Laxiren erfolgt.

(Die Therapie der Gegenwart, Nov. 1901.)

**Hyperidrosis.** Tannoform gegen die Nachtschweisse der Phthisiker (Einpuderung oder Einreibung der zu H. neigenden Theile mit 1 Theil Tannoform zu 2 Th. Talc. venet.) hat vor kurzem Strasburger warm empfohlen. Jetzt hat diese Methode A. Nolda (Montreux) ebenfalls mit bestem Erfolge versucht, und zwar bei 8 leichten und 4 schweren Fällen. Was die ersteren anbelangt, so genügten in 6 Fällen 3—5malige Einreibungen der Brust, um die H. völlig zum Schwinden zu bringen, in 1 Fall musste 11mal eingerieben werden, um dies zu erreichen, und im 8. Falle war die H. auch nach fast 4 wöchentlicher allabendlicher Behandlung nur bedeutend gebessert, nicht verschwunden (Pat. mit sehr empfindlicher Haut, klagte auch über Brennen und Jucken). Bei den 4 schweren Fällen verschwand die H. 3mal vollständig, 1 mal besserte sie sich nur, — ein sehr erfreuliches Resultat, noch dazu erreicht mit

einem völlig ungiftigen und so einfach anzuwendenden Mittel, dass die meisten Pat. einer Assistenz nicht bedürfen. Bei mässiger H. genügt nämlich fast immer Einreibung (ist wirksamer als Einpuderung!) der Brust, während in schweren Fällen Brust, Nacken und Rücken eingerieben werden müssen (auch an den nicht eingeriebenen Extremitäten hört dann die H. auf!) Vor dem Einreiben frottirt man die Hautparthieen mit Franzbranntwein (also Abends) und thut dies letztere auch am nächsten Morgen. Tannoform bewährte sich also als vorzügliches, eigentlich nie ganz versagendes Mittel gegen die Nachtschweisse der Phthisiker.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 26.)

— **Flüssige Formalinseife gegen Nachtschweisse der Phthisiker** benützte mit bestem Erfolge Dr. K. Dohrn (Carolaus, Dresden). Zur Verwendung kam eine 10% ige flüssige Formalinleinöl- oder Olivenölseife der Firma Hahn in Schwedt a. O. (für Kinder 5% ige). Der ganze Rumpf wurde Abends damit ca. 1 Minute lang eingerieben, dabei zugleich eine Massage der Haut ausgeübt, darauf die Seife mit einem feuchten Tuche abgeschäumt und der Körper gut abgetrocknet. Die ganze Procedur wurde von den Pat. als sehr angenehm und erfrischend empfunden. Einerseits übt das Formalin einen leichten Reiz auf die Haut aus, andererseits wirkt die wegen der öligen Beschaffenheit der Seife leicht ausführbare Massage anregend auf die Hautcirculation. Das Gleiche leistet auch die sich daran anschliessende Abreibung mit kühlem Wasser. Von den 12 Pat., die täglich Abends so behandelt wurden, setzten bei 7 die Schweisse völlig aus (darunter waren 4, die früher des Morgens wie in Schweiss gebadet da lagen), bei 4 wurde eine sehr wesentliche, bei einem nur geringe Besserung erzielt. Dabei fanden die Versuche im heissen Sommer statt. Allgemein fühlten sich die Pat. am nächsten Morgen sehr viel frischer, als sonst, sie zeigten dadurch mehr Appetit u. s. w. Dazu kommt der billige Preis: 1 Fl. mit 250 g flüssiger Formalinseife (etwa für 4 Wochen reichend) kostet M. 1,30.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 43.)

### **Hysterie.**

Ueber **Kothbrechen bei H.** berichtet Dr. Bregman (Israel. Spital, Warschau). Die grosse Häufig-

keit gastrointestinaler Störungen bei H. macht es verständlich, dass Erkrankungen der Abdominalorgane und ganz besonders des Intestinaltractus mit grosser Vorliebe von ihr, der „grande simulatrice“ simulirt werden. Es werden nicht selten Fälle beobachtet, die dem Bilde des Ulcus ventriculi ähnlich sind, es werden Neubildungen vorgetäuscht, Appendicitis, Peritonitis oder Verschluss des Darmrohres mit Kotherbrechen. Einen solchen Fall beschreibt nun Autor: 23 jähr. Dienstmädchen wurde am 3. XI. 99 auf die chirurg. Abtheilung aufgenommen mit Symptomen eines schweren Abdominalleidens: Abdomen aufgetrieben, Schmerzen, Erbrechen, seit 10 Tagen angeblich kein Stuhl, keine Winde. In der Narkose schwand jedoch die Auftreibung des Bauches, die Palpation zeigte nichts Besonderes. Pat. kam auf die Nervenabtheilung zum Autor. Sie erzählt, ihre Krankheit habe vor etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr nach einem Falle auf der Strasse begonnen. Bald darauf Blutspucken, später dazu Darmsymptome. Sie wurde mit Hegar'schen Lavements und Magenspülungen behandelt, spontan kein Stuhlgang. Es kam eine Zeit der Besserung, bald aber verschlimmerte sich der Zustand wieder, und sie trat ins Spital ein. Pat. klagt über Kopfschmerzen, Schwäche, Rückenschmerzen, allerlei Sensationen. Objectiv: Verminderte Reflexe der Conjunctiva, des Rachens, Steigerung der Sehnenreflexe, mehrere Schmerzpunkte, keine Sensibilitätsanomalieen, keine Gesichtsfeldeinschränkung. Während der etwa 6 monatlichen Beobachtungszeit hatte Pat. mehrere Anfälle mit unvollständigem Bewusstseinsverluste und convulsiven Erscheinungen. Einmal, nach einem Zwist mit einer Nachbarin, 2 tägige Aphonie. Pat. sehr capriciös, unzufrieden, störrisch u. s. w. Daneben folgende Bauchsymptome: Auftreibung des Bauches in wechselndem Grade, gewöhnlich ziemlich bedeutend; bei Abwendung der Aufmerksamkeit Organe gut palpierbar. Auftreibung ziemlich gleichmässig, aufgeblähte einzelne Darmschlingen nicht bemerkbar, desgleichen keine contrahirten Stränge. Schall tympanitisch, in den Seitentheilen gedämpft. Schmerzen im Bauche anhaltend, aber nicht genau localisirt, am häufigsten um den Nabel. Schmerzhaftigkeit bei Palpation des Abdomens gleichfalls von unbestimmter, wechselnder Localisation. Kein spontaner Stuhlgang, auch nicht bei Anwendung

von Abführmitteln (Ricinus, Senna, Rheum, Aloë) und einfachen Klysmen. Hegar'sche Eingiessungen (bis zu mehreren Litern) hatten verschiedenen Effect: mal wurde nur leicht verfärbtes Wasser entleert, mal kleinere Kothpartikelchen, auch grössere Kothklumpen. Erbrechen war das gewöhnlichste und hervorstechendste Symptom, und zwar gewöhnliches Erbrechen der genossenen Speisen, unmittelbar nach dem Essen, ferner Blut- und Kothbrechen. Das Blutbrechen trat verhältnissmässig seltener auf (Blut ziemlich hell, theilweise geronnen, meist nur einige Löffel), viel häufiger das Kothbrechen, das aber auch nicht selten einige Tage oder sogar Wochen lang fehlt. Das Erbrochene von charakteristischer Farbe und faecalem Geruch; meist fanden sich darin Kothpartikel von Stecknadelkopfgrosse bis zu wahren Klumpen. Simulation ausgeschlossen, Autor war selbst öfters zugegen. Allgemeinzustand der Pat. sehr wechselnd, manchmal konnte sie kleinere Arbeiten verrichten, manchmal machte sie den Eindruck einer Schwerkranken. Mitte Februar 1900 kam eine neue Complication hinzu, Prolapsus recti mit Darmblutungen. Möglicherweise trug dazu bei, dass Pat. von einer ihr bevorstehenden Bauchoperation hörte und bemüht war, durch stärkeres Drängen eine Entleerung zu erzielen, was ihr auch in minimaler Menge 1 mal vor dem Prolaps gelang. Letzterer 7—8 cm lang, Schleimhaut dunkelrothblau, glatt, intact. Blutungen aus dem Darm sehr copiös, Blut flüssig, dunkel. Starke Tenesmen brachten den Prolaps sehr bald nach seiner Reposition immer wieder zum Vorschein. In wenigen Tagen wurde Pat. dadurch sehr abgeschwächt. Suppositoria (Opium, Morphinum, Belladonna, Cocain, Tannin) ohne Erfolg. Bei der Kauterisation des Rectums in der Narkose kam der Prolaps trotz der Wirkung der Bauchpresse nicht zum Vorschein. Nach dem Eingriff bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes, Pat. erbrach weniger, hatte besseren Appetit und einige spontane Stuhlentleerungen. Indess der Prolaps blieb unverändert, desgleichen die Tenesmen und Darmblutungen. Eine erneute Kauterisation circa anum ohne Erfolg. Operative Entfernung des Prolapses. Glänzendes Resultat: bald bedeutende Besserung in jeder Beziehung; Pat. ass, erbrach nicht, hatte alle paar Tage Stuhl, nur zeigten sich kurz vor dem Ver-

lassen des Spitals in höherem Grade Störungen in der Harnabsonderung (Dysurie, Anurie), welche auch früher schon bei ihr bemerkt wurden; Pat. verblieb im Spital bis Mai 1900. Kurze Zeit darauf kam sie wieder und klagte nun vor allem über Harnbeschwerden, häufigen Harndrang, Schmerzen beim Harnlassen. Im Sommer ging es dann besser. Ende October 1900 fand Autor Pat. aber wieder in einem sehr schweren Zustande: Hochgradigste Anaemie, grosse Schwäche, schwache Herzaction, Prolaps wieder gebildet, starke Darmblutungen, spontane, aber mit Tenesmen und Schleimabgang verbundene Stühle. Bei dem schweren Allgemeinzustande war an Operation nicht zu denken. Daher nur Tannineingiessungen, Eisen, tonisirendes Verhalten, was die Kräfte wieder etwas hob. Pat. ist noch im Spital, sieht besser aus, kann aber ohne Unterstützung weder gehen, noch stehen. Was lag vor? Nach allem konnte es sich wohl nur um H. handeln. Die Stigmata, die Aphonie, die Anfälle, Charakter und ganzes Wesen der Pat. sprachen dafür. Manches spricht nun aber auch dafür, dass auch die anderen schweren Störungen hysterischen Ursprungs waren: Zuerst die Mannigfaltigkeit derselben (Blutbrechen, Kothbrechen, blutige Stuhlgänge, Dysurie etc.), die eine einheitliche Deutung sonst kaum zulässt, dann die Unbeständigkeit der Symptome, und zwar solcher, die, jedes einzeln genommen, als die schwersten, lebensbedrohlichen aufgefasst zu werden pflegen, die Beeinflussung durch psychische Momente und schliesslich die so erhebliche Besserung nach Eingriffen, die gar nicht mal gegen die Hauptsymptome gerichtet waren. Wie können aber solche Erscheinungen durch H. bedingt sein, namentlich das ominöse Kothbrechen, das doch in Verbindung mit Ausbleiben von Stühlen und Winden als Beweis eines Darmverschlusses gilt? Pat. hatte keine Stuhlgänge, es konnte aber mit Hilfe der Hegar'schen Eingiessungen Koth herausbefördert werden, aber auch nicht immer. Man hat also Grund anzunehmen, dass auch hier — zeitweilig wenigstens — Hindernisse für das regelmässige Weiterschieben der Faeces entstanden oder sogar das Darmlumen mehr oder weniger vollständig versperrten. Eine organische Strictur war nach den Symptomen und dem Verlauf ausgeschlossen. An ein Neoplasma war bei dem

jungen Alter, guten Ernährungszustand, gutartigen Verlauf nicht zu denken, für Narbenstrictur sprach die Anamnese nicht. Ob es sich aber um vorübergehende spastische Contractionen der Darmwand, die direct wie ein mechanisches Hinderniss wirkten, handelte, oder um Atonie resp. Lähmung der Darmmuskulatur mit nachfolgender Kothstauung, das war nicht zu entscheiden. Das Abdomen war stets gleichmässig aufgetrieben, aufgeblähte oder contrahirte Darmschlingen nicht zu entdecken, das Erbrochene gab keine Aufschlüsse u. s. w. Beachtenswerth ist jedenfalls in solchen Fällen die grosse Leichtigkeit im Auftreten von Symptomen, die zu den ominösesten sonst gerechnet werden. Es darf angenommen werden, dass hier relativ unbedeutende Veränderungen genügen, um auf Grund der neuropathischen Disposition und gesteigerten Reflexerregbarkeit die schwersten functionellen Störungen auszulösen. Bei dem Kothbrechen muss noch eine event. besondere Befähigung zu antiperistaltischen Bewegungen in Betracht gezogen werden, die experimentell und klinisch nachgewiesen worden ist. Und nun noch das Blutbrechen. Ein Ulcus war angesichts des Verlaufes auszuschliessen. Die begleitenden Darmblutungen, sowie anamnestisch die Haemoptoë (?) liessen an Haemophilie oder sonstige zu Blutungen disponirende Erkrankung denken; aber eine Extraction von 7 Zähnen verlief ungestört, Zahnfleisch, Gefässe erschienen normal u. s. w. Man steht hier vor einem Räthsel, man kann ohne die Annahme eines besonderen pathologischen Zustandes der Schleimhäute nicht auskommen, dank welchen dieselben auf relativ schwache Reize in so gewaltiger Weise reagiren. Das Gleiche gilt auch von den Darmblutungen: Der Prolaps war glatt, intact, es musste also ungewöhnliche Reaction der Schleimhaut im Spiele sein.

(Neurolog. Centralblatt 1901 No. 19.)

**Intoxicationen.** Acuter Jodismus unter dem Bilde einer mumpsähnlichen Erkrankung wurde von Dr. Karl Fürth (Wien) beobachtet. Dass das irgendwie in den Körper aufgenommene Jod in den Speichel übergeht, also die Speicheldrüsen passirt, ist bekannt; eine Beeinflussung der Function der Drüsen durch das sie passirende Jod jedoch findet durchaus nicht häufig statt,

wenn aber, so fast regelmässig im Sinne einer Steigerung der Secretion, die in manchen Fällen bis zu ausgesprochenem Speichelfluss führen kann. Eine namhaftere Reduction der Speichelabsonderung ist nur bei wenigen der in der Litteratur mitgetheilten Fälle von Jodismus vermerkt, und das sind zugleich jene, bei welchen es zu mehr oder minder starker Anschwellung der Speicheldrüsen kam, und in deren Kategorie auch Fürth's Fall gehört, der sich auch durch die bei ihm besonders auffällige Eigenthümlichkeit des Wechsels in der Jodempfindlichkeit der Pat. auszeichnet. Die 52jähr. Pat. consultirte wegen ihrer immer störender werdenden Kurzsichtigkeit am 4. IV. d. J. einen Augenarzt und erhielt von diesem (Augenbefund: Chorioiditis chron. in oculo myopico) u. A. eine Jodlösung verordnet (Natr. jod. 5,0: Aq. dest. 150,0), tägl. 1 Esslöffel zu nehmen. Pat. nahm also vom 6. IV. bis 29. IV. tägl. 0,5 Natr. jod., ohne ausser geringer Mattigkeit irgend etwas an sich wahrzunehmen. Am Morgen des 29. IV. erwachte sie mit heftigem Kopfschmerz, allgemeinem Unbehagen, und nahm zugleich eine Anschwellung der rechtsseitigen Augenlider wahr, die sich im Laufe des Tages verstärkte. Das Jod wurde sofort ausgesetzt. Die Beschwerden waren Tags darauf weg. Am 10. V. begann Pat. wieder, das Jod, zu nehmen (Mittags  $\frac{1}{2}$  1 Uhr einen Esslöffel). Um  $\frac{3}{4}$  6 Uhr Abends bemerkte sie darauf etwas Erschwerung des Sprechens und ein fremdes Gefühl in der Zunge; plötzlich gegen 7 Uhr fühlte sie sich sehr schlecht, hatte heftiges Herzklopfen, Hitzegefühl, Eingenommensein des Kopfes, grosse Abgeschlagenheit, es steigerte sich die Erschwerung des Sprechens und es entwickelte sich zugleich eine starke Anschwellung beiderseits unter dem Kieferbogen. Um  $\frac{1}{2}$  11 Uhr Nachts fand sie Autor hochfiebernd ( $38,8^{\circ}$ ), mit sehr frequentem Puls (130), starkem Kopfschmerz, heftigem Herzklopfen, Trockenheit im Mund. Gesicht durch eine die oberste Halsparthie beiderseits einnehmende Schwellung vergrössert, in die Breite gezogen; in dem offen gehaltenen Munde die durch eine Geschwulst vom Mundboden emporgehobene Zunge sichtbar; Sprechen behindert; sonst, ausser spärlichem Rasseln in den unteren Lungentheilen, nichts Bemerkenswerthes. Die Schwellung, die die Unterkiefergegend



beiderseits einnahm, rechts und links ziemlich gleichmässig entwickelt, druckempfindlich, deutlich den Glandulae submaxillares angehörend, teigigweich, nicht deutlich begrenzt, mit unveränderter Hautoberfläche. In der Parotisgegend weder subjectiv, noch objectiv eine Veränderung wahrnehmbar. Die Geschwulst im Munde war nichts Anderes, als die auf Kleinfingerdicke angeschwollenen Plicae linguales, die den Anblick stark oedematös durchtränkter Schleimhautwülste boten. Therapie rein symptomatisch, unter Cessirung der Joddarreichung. Im Laufe von 24 Stunden war das, in der Nacht bis 39° gestiegene, Fieber verschwunden, ebenso Kopfschmerzen und Pulsbeschleunigung, nur die Schwellungen der Drüsen und Plicae bildeten sich erst langsam in den nächsten 5 Tagen zurück, aber noch nach 8 Tagen war beiderseits die vergrösserte Submaxillardrüse zu fühlen und druckempfindlich. Die Natur der Erkrankung wurde zur Evidenz geklärt, als Pat. am 24. V. wieder einen Esslöffel jener Jodlösung nahm (früh 8 Uhr), indem sich Nachmittags 1/2 4 Uhr wieder Anschwellung beider Submaxillardrüsen und der Plicae zeigte, die aber in bescheidenen Grenzen verblieb und in den nächsten 24 Stunden vollständig verschwand (Temp. nur bis 37,8, Puls bis 96). Also beide Male eine acute Jodintoxication, hervorgerufen durch eine Dosis, die kurz vorher durch Wochen schadlos genommen worden war, und in einem Symptomencomplex sich manifestirend, der sehr leicht zu diagnostischen Irrthümern hätte führen können.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 45.)

- Einen Fall von acuter Bleivergiftung bei Gravidität erlebte Pilsky. 21jähriges, im 6. Monate gravidum Mädchen, das sich etwa 6 Wochen lang täglich 2mal mit Bleiessig (1—2 Esslöffel auf 1 Liter) vaginale Spülungen gemacht. Plötzliche Erkrankung unter heftigem Erbrechen und Darmkoliken. Spontane Frühgeburt. Am nächsten Tage hohes Fieber (39,7°) bei gutem Pulse, heftiges Erbrechen, das am 3. und den nächsten Tagen blutig wird. Temp. 37,0—37,8, bei vollem kräftigem Pulse, der am 3. Tage bis 54—58 heruntergeht. Hochgradiger Icterus. Am 5. Tage Collaps und unter zunehmender Herzschwäche Exitus letalis. Sectionsbefund

spricht gegen septische Endometritis und Peritonitis. Untersuchung von Leber, Niere, Milz, Magen, Lunge, Koth ergiebt reichlich Blei.

(Gesellschaft für Geburtsh. u. Gynaek. in Berlin. —  
(Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 47)

**Meningitis.** Dass es eine **seröse Meningitis** giebt, die oft in Heilung übergeht, und *dass diese manchmal ganz ähnliche Erscheinungen macht, wie die, wohl fast stets letal endigende M. tuberculosa*, muss der Arzt wissen, damit er in der Prognose vorsichtig ist. Das lehrt wieder eine Beobachtung von Dr. Schaeche (Château-Salins): Zart gebautes, schwächliches, bisher aber leidlich gesundes 7jähr. Mädchen, Kind gesunder Eltern, erkrankt Ende v. J. fieberhaft, nachdem es schon einige Wochen vorher unpässlich gewesen war und nicht mehr die gewohnte Munterkeit gezeigt hatte. Autor sah das Kind zuerst am 26. XII. Fieber ( $38,5^{\circ}$ ), starker Kopfschmerz, eine gewisse Benommenheit, Erbrechen, Verstopfung, unregelmässiger, beschleunigter Puls, schwaches systolisches Geräusch an der Herzspitze. Am nächsten Tage Nachmittags Temp.  $39^{\circ}$ , Puls aber nur 68, dabei regelmässig; Pupillen heut sehr stark erweitert, beide gleich gross, ziehen sich nur unbedeutend und träge auf Lichtreize zusammen; Unterleib etwas eingesunken, aber nicht hart, Stuhl war auf Einlauf erfolgt, das Erbrechen unter geeigneter Nährweise geschwunden; Kopfschmerz, Benommenheit, eine gewisse Unruhe bestanden fort, trotz Eisanwendung auf den Kopf. Man musste unter diesen Umständen wohl an eine *M. tuberculosa* denken, an der Autor in den letzten Jahren zwei 9jähr. Mädchen unter ganz ähnlichen Erscheinungen hatte erkranken und sterben sehen. Diese Diagnose wurde am nächsten Tage von Prof. Spilmann (Nancy) durchaus bestätigt. Trotz Temp. von  $39^{\circ}$  war Puls nur 60, dabei jetzt unregelmässig und aussetzend, Kopfschmerz, Benommenheit, Pupillenanomalieen bestanden fort. Pat. galt als verloren, verordnet wurde noch Jodkali und Aspirin. Am nächsten Tage jedoch (29. XII.) Kind fieberfrei ( $36,4^{\circ}$  in axilla), etwas klarer, entschieden gebessert, immerhin freilich noch in ziemlich ernstem Zustande: Puls 54, sehr unregelmässig, Pupillen weit und träge. 30. XII. Temp.  $36,8$ , Puls 60, unregelmässig, Pupillen weit, träge. 31. XII. Temp.

36,6°, Puls 68, unregelmässig, Pupillen wie vorher. Die Athmung war während der ganzen Zeit und auch jetzt noch sehr beschleunigt und oberflächlich, doch bestand kein Husten, die Lungen völlig frei, nie Oedeme. In der 1. Woche des Januar besserte sich das Allgemeinbefinden allmählig. Temp. 36,6—36,8°, Puls 60—70, immer noch etwas unregelmässig, Pupillen weit, aber etwas besser reagirend. In den nächsten Wochen wurde der Allgemeinzustand befriedigend. Vom 14.—21. I. leichtes Fieber (zwar nur 37,4—37,5° im After, aber bei stark beschleunigter Athmung, glühenden Wangen, heisser Haut). Der Puls stieg dabei allmählig von 80 Schlägen (12. I.) bis 112 (14. I.) und 120 (17.—21. I.) und hielt sich auch weiterhin nach Aufhören des Fiebers auf dieser Höhe, war aber dabei jetzt regelmässig. Das systolische Geräusch an der Herzspitze war noch vorhanden, aber sehr schwach, die Pupillen etwas enger, aber noch immer weiter als normal, antworteten aber jetzt etwas lebhafter auf Lichtreize. Das Kind stand etwas auf, fing leidlich an zu essen, erholte sich zusehends und verreiste Ende des Monats. Am 3. VII. sah es Autor wieder; es sah da ziemlich wohl aus, hat an Gewicht zugenommen, ist munter; Lungen frei, an der Herzspitze noch ganz leises Geräusch, kein Fieber, Puls 120. — Hier bleibt wohl nur die Annahme einer rein serösen Ausschwitzung der weichen Hirnhäute übrig. Und warum sollte die nicht auch ein selbstständiges Leiden sein können gleich der Pleuritis, von der wir ja heut auch wissen, dass sie nicht immer tuberculös, sondern oft auch harmloserer Natur ist?

(Deutsche medic. Wochenschrift 1901 No. 40.)

- Einen **Fall von Spät-Meningitis nach Schädelverletzung** publicirt Dr. Fujisawa (München, Univers.-Kinderklinik). Eine vor einem Jahre verursachte traumatische Erweichung im Stirnlappen verlief ganz symptomlos, plötzlich entwickelte sich eitrige M. und endete letal. Der jetzt 10 jähr. Knabe war vor einem Jahre vom 2. Stock herab über eine Holzstiege heruntergestürzt, zog sich dabei eine Schädelverletzung an der linken Stirnseite mit Depression zu, auch sollen Theile der Gehirnssubstanz aus der Wunde ausgeflossen sein, gleichzeitig sich Blut aus Nase und Mund entleert haben. Nach Ausstossung

eines Knochenstückchens Heilung. Nach 2 Wochen kam Pat. wieder zum Bewusstsein, nach 2 Monate dauernder ärztlicher Behandlung liessen Erbrechen, Fieber, Krämpfe nach, Pat. konnte wieder in die Schule, wo er gut lernte, auch sonst nie etwas Krankhaftes aufwies, keine psychische Depression, keinen Sprachfehler u. s. w. Auch vor dem Sturz war das hereditär nicht belastete Kind stets gesund gewesen. Jetzt nach einem Jahre plötzlich M., die rasch letal endete. Bei der Section fand sich acute eiterige Leptomeningitis, ein gelber Erweichungsherd an der Basis des linken Stirnlappens, ein ganz kleines Knochenstückchen in der Gehirnsubstanz. Trotz Anwesenheit des letzteren war also damals die Verletzung aseptisch verlaufen, hatte aber zur chron. gelben Erweichung geführt, die 1 Jahr lang symptomlos verlief, bis sich da plötzlich eiterige M. infolge von Mikroorganismeninfection durch die vor einem Jahre entstandene Schädelbasisfissur hindurch entwickelte. Die Verletzung im Stirnbein, die damals zur Commotio cerebri geführt hatte, war vollständig geheilt. Der Fall beweist, dass noch nach einem Jahre nach einem Trauma eine acute eiterige M. eintreten kann, wenn in der Basis eine Fissur noch vorhanden, die mit der Luft in Verbindung steht. Denn zweifellos war der Infectionsmodus hier so, dass die Eitererreger von der Nasenhöhle her eindringen und durch die verletzte Siebbeinplatte hindurch allmähig ihren Zugang zu den weichen Hirnhäuten fanden.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 45.)

**Obstipatio.** Die Untersuchung des Mastdarms von aussen und deren therapeutische Verwendung empfiehlt Prof. W. Ebstein (Göttingen). Man untersuchte bisher den Mastdarm nur vom Anus aus. Doch die so häufige Anfüllung des Mastdarms mit Koth ist für den Untersucher sehr unangenehm, macht die Exploration oft ergebnisslos, wenn nicht vorher ein Klysma applicirt. Man kann aber, wie Autor seit vielen Jahren weiss, das *stark von Koth ausgedehnte* Rectum noch von aussen palpieren; man fühlt dasselbe dann *linkerseits*, in der Gesässspalte, als daumendicken, bisweilen noch dickeren, gewöhnlich etwas höckerigen Wulst, welcher lateralwärts von der Steissbeinspitze oder noch

etwas höher beginnend sich bis zum Anus erstreckt. Man kann ihn durch sanftes Streichen von hinten nach vorn zum Verschwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung eine längere Kothsäule oder mehrere feste Kothstücke entleeren. Diese Thatsachen hat nun Autor mit Erfolg in zweifacher Weise therapeutisch verworther: 1. um den untersten Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien; 2. um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen. Ersteres erreicht man leicht durch das angegebene Streichen von hinten nach vorn, das der Pat. später selbst auf dem Closett ausführen kann, was bequemer, reinlicher, reizloser ist, als Glycerinklysmen und lange Zeit ohne Schaden fortgesetzt werden kann. Bei ganz harten Massen bedarf es nicht mehr der Ausräumung mit den Fingern, sondern man giesst einfach zur Erweichung der Massen 30—50 g reinen Mohn- oder Olivenöls ein und streicht dann den Wulst. Bei Pat., bei denen derartige Kothstagnationen stattfinden, thut Massage des untersten Abschnittes des Dickdarms gute Dienste. Durch vorsichtige Streichbewegungen an der Wulstparthie oder durch Kneten, das man bei dem in linker Seitenlage befindlichen Pat. 2—3 Minuten täglich oder seltener ausführt, kann man hier die Leistungsfähigkeit des betreffenden Darmtheils in hohem Grade aufbessern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 30.)

- **Ein äusserer Handgriff zur Erleichterung der Defaecation („Hinterdammschutz“)** wird von Prof. Gumprecht (Weimar) seit mehreren Jahren seinen Pat. empfohlen. Er bezweckt weniger, den Mastdarm überhaupt zu entleeren, als *die Entleerung schmerzlos zu machen*. Geringe Grade von Haemorrhoidalaffectionen, die als solche kaum als Krankheit gelten, aber doch nicht unerhebliche Schmerzen verursachen, sind ungemein häufig. Gerade diesen zahllosen, leichten Haemorrhoidariern kommt der Handgriff, den der Pat. selbst ausführt, zu gute. Das Ziel desselben besteht darin, die Spannung der Analumgebung während der Defaecation durch Gegen-druck mit der Hand zu vermeiden und den ersten, härtesten Kothballen manuell herauszudrücken. Die Ausführung ist folgende: In dem Momente vor der

Defaecation legt der Pat. die flache linke Hand aufs Kreuzbein, sodass die Fingerspitzen über das untere Ende des Kreuz- und Steissbeines noch um etwas hinüberraagen. Wenn nun der Koth durch das Rectum andrängt, so fühlt man unter den Fingerspitzen, wie die Weichtheile hinter dem After sich vorwölben, und sucht durch einen allmählig zunehmenden Druck diese Vorwölbung auszugleichen. Dann krümmen sich die Fingerspitzen hakenförmig um das Steissbeinende herum, schneiden dadurch den vorderen Theil der Kothsäule von dem hinteren ab und drängen ihn zum Anus hinaus. Dann gehen die Finger in die Anfangsstellung zurück und üben nun während der ganzen Defaecation einen genügenden Gegendruck, um jede Weichtheilspannung zu verhindern; sie bleiben bei der ganzen Procedur unbeschmutzt. Betrachtet man die austreibenden Kräfte in Verbindung mit den anatomischen Verhältnissen des Rectums, so erklärt es sich sofort, dass bei der Vorwärtsbewegung des Kothes die der Convexität der Krümmung entsprechende hintere Beckenwand einem starken Druck ausgesetzt ist. Die Erfahrung lehrt ferner, dass in vielen Fällen von *Haemorrhoiden* und anderen Mastdarmaffectionen, ja bei scheinbar intactem Rectum dieser Druck, und namentlich die Spannung der Weichtheile des Hinterdammes als Schmerz empfunden wird. Die Verhältnisse entsprechen genau denen des Geburtsmechanismus. Der Handgriff ist leicht zu erlernen. Manche Pat. modificiren ihn selbst etwas. So schilderte dem Autor eine Dame als bestes Verfahren, die gespreizten 2. und 3. Finger beider Hände so um den After zu legen, dass letzterer sich im Mittelpunkte des so gebildeten Rhombus befindet; bei dieser Technik wird nicht nur der Hinterdamm, sondern auch der eigentliche Damm gestützt, ein Vortheil, der beim weiblichen Damm verständlich erscheint. Die Erfolge des Handgriffes sind sehr befriedigend, oft glänzend. Manche Pat. sagten, dass ihnen derselbe den Lebensgenuss wiedergab. Narcotica wurden durch ihn oft genug überflüssig. Auch die Blutungen der Haemorrhoidarier wurden wesentlich seltener und mässiger. Manche Pat. erklärten, dass sie den Gebrauch von Abführmitteln auf einen kleinen Bruchtheil des bisherigen Bedarfs eingeschränkt hätten; wenn der erste Kothballen

entfernt sei, gehe die übrige Defaecation leicht von statten.

(Deutsche medic. Wochenschrift 1901 No. 43.)

- Ueber Störungen der Herzaction bei Erkrankungen des **Magen- und Darmtractus** liegen nur spärliche Mittheilungen vor. So über Bradycardie bei Ulcus ventriculi und Magenektasie, über vermehrte und gesteigerte Herzthätigkeit, paroxysmale Tachycardie, Herzklopfen, Herzunruhe, Wechsel im Füllungszustande der peripheren Gefässe, Neigung zu Congestionen u. s. w. bei Lageveränderungen der Abdominalorgane, speciell des Magens und Dickdarmes. Privatdoc. Dr. G. Singer (Wien) bespricht jetzt mal die *Arhythmie bei der habituellen O. und der Atonie des Dickdarmes*. Er denkt nur an seine Beobachtungen, welche vollständig eindeutig sind, sonst herzgesunde Pat. betreffen, bei denen eine längere Beobachtungsdauer vor und nach der Behandlung die causale Beziehung zwischen Herzarhythmie und Darmstörung zweifellos erscheinen liess. Es traten die periodische Irregularität der Herzaction hervor, sowie wahre Herzintermittenzen. Gerade letztere Form kann so im Vordergrund der Erscheinungen stehen, dass sie als Ausdruck einer wirklichen Erkrankung des Herzens gedeutet wird. Während die andauernde Irregularität der Herzaction von den meisten Pat. ganz ohne Störung ertragen wird, kommt die Herzintermittenz ihrem Träger in der Regel in sehr peinlicher Weise zum Bewusstsein, indem die lange ausgedehnten Herzpausen eine Reihe der lästigsten Empfindungen (Gefühl des Herzstillstandes, des Vergehens) erzeugen. Die zwei ersten Fälle dieser Art, die Autor vor ein paar Jahren sah, betrafen zwei Collegen in jugendlichem Alter, welche beide durch die Begleiterscheinungen (Blässe, schlechter Ernährungszustand) und Hartnäckigkeit der Herzstörung der Ueberzeugung waren, dass eine Organerkrankung des Herzens vorliege. Auch bei den anderen Fällen handelt es sich um jugendliche Individuen, bei denen, wie bei den erwähnten Pat., Trägheit der Darmverdauung jahrelang bestand. Bei allen gelang die Beseitigung der Herzstörung durch Entleerung des Darmes (Calomel oder andere Abführmittel), combinirt mit Darmantisepsis (Naphthol, Menthol). Die Kenntniss dieser Beziehungen

ist für den Arzt sehr wichtig, um ihn vor Ueberschätzung harmloser Zustände mit bedrohlicher Aussen-  
seite zu bewahren.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 41.)

- Eine **Methode, Ricinusöl bequem einzunehmen** theilt Dr. Siegfried Rosenberg (Berlin) mit. Sie beruht einfach auf Ausschaltung von Geruchswahrnehmungen, die fälschlich für Geschmacksempfindungen gehalten werden und die schwere Einführbarkeit in den Magen bedingen. Als Autor vor Jahren einmal gezwungen war, das ihm sehr widerwärtige Ricinusöl einzunehmen, kam er zur Ueberzeugung, dass bei Ausschluss seines Eigengeruches die Unannehmlichkeit des Einnehmens sich zum mindesten wesentlich verringern lasse. Er hielt sich beim Schlucken die Nase fest zu, wischte die Lippen mit einem Stückchen Watte gründlich ab, spülte die auf der Zunge, am Gaumen und Pharynx hängenden Reste mit ein paar Schlucken Limonade hinunter und gab dann erst die Nase frei. Seitdem liess Autor viele Dutzende von Pat. das Medicament in dieser Weise nehmen, und alle waren erstaunt, dass es sich so angenehm nahm. Dasselbe war der Fall bei gewissen Nahrungsmitteln, wie *Nutrose*, *Plasmon*. Manchen war ja das Hinuntertrinken grösserer Flüssigkeitsmengen bei zugehaltener Nase lästig, doch fanden sich im allgemeinen die Pat. mit dieser Unbequemlichkeit lieber ab, als mit dem Eigengeschmack der Präparate. Sehr wesentlich ist es, die Nase ganz fest zu schliessen und nach dem Trinken alle Reste durch Abwischen der Lippen, Hinunter-spülen der noch im Munde befindlichen Spuren zu entfernen, da sonst Misserfolge eintreten.

(Therap. Monatshefte. 1901 No. 11.)

**Pneumonie.** Zur Diagnose der P. im Kindesalter macht Prof. Weill (Kinderklinik Lyon) auf ein neues und nahezu constant vorhandenes Zeichen bei der Kinderpneumonie aufmerksam: Das *Fehlen der normalen Thoraxausdehnung in der Subclaviculargegend auf der kranken Seite während der Inspiration*. Bei der Pleuritis und dem Pneumothorax kann die inspiratorische Ausdehnung der kranken Seite ebenfalls fehlen, in diesen Fällen erstreckt sie sich auf die ganze Thoraxhälfte



und ist in unmittelbarer Beziehung mit dem Erkrankungs-herd. Bei der P. dagegen ist das Zeichen auf die Subclaviculargegend localisirt und tritt auch auf, und zwar besonders deutlich, wenn die P. im Unterlappen localisirt ist. Diese Erscheinung tritt frühzeitig, schon in den ersten Tagen der Erkrankung auf und überdauert oft die Krankheit. Bei der Schwierigkeit der Diagnose einer Kinderpneumonie soll verschiedentlich Autor die richtige Diagnose gestellt haben, indem er sich allein auf jene Erscheinung stützte, so z. B. in Fällen, welche mit der Diagnose Perityphlitis, Meningitis, Influenza, Typhus ins Spital gebracht worden waren. Um den Unterschied zwischen gesunder und kranker Seite wahrzunehmen, genügt es, den Pat. in Rückenlage bei guter Beleuchtung zu beobachten, indem man wartet, bis die erste Unruhe sich gelegt hat; dann fällt sofort der Unterschied in der Ausdehnung der beiden Thoraxhälften auf. Damit darf aber die Hebung der ganzen Thoraxhälfte, welche mit der Hebung der Clavicula zusammenhängt, nicht verwechselt werden.

(Rev. mens. des malad. de l'enfance. October 1901. —  
Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1901 No. 21.)

- Die **Behandlung der croupösen P. im Kindesalter** leitet Dr. P. Heim (Budapest, Spital der Barmherzigen) in folgender Weise: Das Krankenzimmer wird gut gelüftet und befeuchtet (durch Verdunstenlassen von Wasser). Grosses Gewicht wird der Ernährung beigemessen. Es ist nicht nöthig, sich während der Fieberperiode ausschliesslich an flüssige Nahrung zu binden. Man lasse den Pat. zwar reichlich Milch trinken, gestatte ihm aber, wenn er Esslust verspürt, geschabtes Fleisch, weiche Eier und junges Geflügel. Kann Pat. nicht gut Milch nehmen, so gebe man Kefir. Auch empfiehlt es sich, in die Milch Mehlpräparate, wie Knorr's Hafermehl, Mondamin etc. zu geben. Alkohol ist gut; man gebe 3—4 mal täglich dem Alter angemessene Quantitäten guten Weines oder Cognacs, zur Linderung des Durstes aber möglichst oft ein alkalisches Mineralwasser (auch wenn Pat. nicht zu trinken verlangt, um die Nierensecretion zu steigern). Als Fiebermittel ist am besten *Lactophenin* in Dosen zu 0,3—1,0 2—3 mal täglich. Bei ganz kleinen Säuglingen Chininklysmen (zur Vorbeugung von Convulsionen event. mit

Chloral). Um der Entzündung entgegen zu wirken, sind auf den Brustkorb kalte Umschläge zu appliciren (1—2 stündlich); bei heftigem Seitenstechen auf die schmerzenden Stellen Eisbeutel; wenn diese ohne Wirkung, bei grösseren Kindern Blutegel, bei schwächeren und nervösen Narkotica. Zur Hervorrufung tiefen Athmens und dadurch ausgiebiger Lüftung der Lungen, sowie zur Hebung des Sensoriums am besten Bäder, unter deren Einwirkung die Athmung kräftiger, der Urin reichlicher, der Puls langsamer wird. Bei Neigung zur Asphyxie ist dem Bade eine Hand voll Senfmehl beizumengen. Wenn der Krankheitsherd von keiner grossen Ausdehnung ist und dennoch schwere allgemeine Symptome vorhanden, sind Bäder von 22—25° am Platze, bei grösserer Ausdehnung des Herdes, wenn nach einander mehrere Lappen ergriffen werden, solche von 38°. Vor dem Bade etwas Wein oder Cognac. Bei Herzfehlern ist das Herz sehr zu beobachten und von Anfang an Digitalis zu ordiniren; bei fehlerfreiem Herzen bedarf es dessen nicht. Herztod im Laufe der P. wird nicht durch Insufficienz des rechten Herzens, sondern durch Pneumokokkensepsis verursacht; im Blute solcher Pat. circuliren Pneumokokken, welche das vasomotorische Centrum lähmen. Bei diesen Pat. ist nicht Digitalis, sondern Campher und Coffein in starken Dosen indicirt (nicht Aether, seiner lähmenden Wirkung wegen!). Digitalis bleibt für solche Fälle, wo sich Zeichen der Insufficienz des rechten Herzens neben steigender Dyspnoë und Cyanose mit vergrösserter Herzdämpfung nach rechts zeigen. Tritt Lungenoedem auf, so ist sofort ein Aderlass vorzunehmen, selbst bei Säuglingen; daneben Campher, Coffein. Nach der Krisis applicire man statt der kalten Priessnitz'sche Umschläge und ordinire, wenn sich feuchte Rasselgeräusche einstellen, starke Expectorantien (Senega, Liq. Ammon. anis.). Man achte sehr auf Hebung der Ernährung und verwende dazu auch künstliche Nährmittel, wie Somatose, Tropon u. dergl.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

**Rhinitis.** Forman ( $C^{11}H^{21}OCl$ ), ein neues gasförmiges, reizloses, leicht dosirbares, bequem anwendbares, also *ideales*

*Schnupfenmittel*\*) empfiehlt warm Privatdoc. Dr. Suchannek (Zürich). Forman zerfällt mit warmem Wasser oder feuchter Luft in Formaldehyd, Menthol und Salzsäure; die beiden ersteren verflüchtigen sich in statu nascendi mit den Wasserdämpfen und gelangen so in die Luftwege, die minimale Spur Salzsäure wird durch die Feuchtigkeit absorbiert und unschädlich gemacht. Forman wirkt um so prompter, je früher es angewandt wird, d. h. bei den ersten Anzeichen des Schnupfens. Es besitzt als coupirendes und bei Influenza- und Heufieber-Zeiten auch als vorbeugendes Mittel hervorragende Bedeutung. Es unterdrückt und mildert nicht nur die R., sondern erleichtert auch bei Rachen-, Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhen oft ausserordentlich die Beschwerden.

(73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.)

- **Säuglinge zu schneuzen** darüber schreibt Dr. M. Scheuer (Richmond, Capcolonie): „Kleine Kinder, die noch nicht das Schneuzen gelernt haben und über deren Kräfte es geht, sich in der Nase Luft zu machen, haben dadurch oft an Schlaflosigkeit, Hustenreiz und Zersetzung des Secrets in Nase und Nasenrachenraum zu leiden. Bei geringem Luftdruck stellt sich auch bald Athemnoth bei Behinderung der Nasenathmung ein. Daher ist es bei den hier im südafrikanischen Hochlande wohnenden Kaffern gebräuchlich, dass der Vater den Kindern mit seinem Munde *die Nase aussaugt*. Diese Sitte schien mir nachahmenswerth — in verfeinerter Abänderung. Ich liess ein „Mutterrohr“ an dem Schlauchende durch Glühen so eng schrumpfen, dass die Oeffnung etwas kleiner als das Nasenloch eines Kindes war. Setzt man diese Mündung in das Nasenloch, so kann man am anderen ganz offenen Ende den schleimigen Inhalt der Nasenseite aspiriren. Dabei bekommt man nichts in den Mund, da die Röhre ein Knie hat. Jede Mutter kann sich eines solchen Instrumentes bedienen, wenn sie vor übermässig heftigem Ansaugen gewarnt ist. Ich habe seit 2 Jahren gefunden, dass dieses Schneuzen die einzig wirksame Behandlung der nicht specifischen

---

\*)  $33\frac{1}{3}\%$  ige Forman-Watte und Forman-Pastillen, aufzulösen in dem beigegebenen Inhalationsglas.

Coryza der Kleinen ist. Die Coryza wird abgekürzt, besonders aber heilt der complicirende Husten schneller als ohne die Behandlung.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

### **Tuberculose.** Ueber das Fieber bei der Lungentuberculose

und seine Behandlung lässt sich Dr. Arth. Meyer (Badenweiler-Nervi) aus. Das Fieber ist hier prognostisch von grosser Bedeutung. Fieberlose Pat. werden im Allgemeinen häufiger und schneller gebessert und geheilt. In der Mehrzahl der Fälle tritt das Fieber allmählig ein, steigt verhältnissmässig langsam an; Fälle, bei denen die Curve gleich im Anfang hoch ist, geben ungünstige Prognose. Die Höhe der Temperatur genau festzustellen, ist von der grössten Wichtigkeit. Gerade Tuberculöse haben häufig keine Ahnung davon, dass sie fiebern; trotz Fiebers können sie sich wohl fühlen, Appetit haben, kann der Puls normal sein; Autor sah Fälle, wo die Pulszahl 65—80 betrug, während das Thermometer in Mund- und Achselhöhle gleichzeitig über  $38^{\circ}$  zeigte. Die Messungen geschehen am besten so, dass das Thermometer in der Mundhöhle 8—10 Minuten verbleibt; wem das unbequem, mag in der Achsel messen, muss aber dann solange warten, bis das Thermometer nicht mehr steigt, was bis  $\frac{1}{4}$  Stunde dauern kann. In den ersten Tagen der Behandlung ist zwecks genauer Beurtheilung des Pat. die Höhe der Temp. 2stündlich festzustellen. Das Fieber bei der T. ist häufig ganz atypisch. Es kann während des ganzen Tages fehlen und nur zwischen 1 und 3 Nachmittags oder zwischen 2 und 4 oder 3 und 5 vorhanden sein; es kann des Morgens um 8 Uhr auftreten, 2 Stunden später verschwunden sein und dann für den ganzen Tag fortbleiben. Autor kannte einen Pat., der seit Monaten fast regelmässig 8—10 Tage völlig fieberfrei war und dann 3—4 Tage lang bis zu  $40^{\circ}$  Steigerungen aufwies. Es ist aber ganz falsch, erst bei  $38^{\circ}$  von Fieber zu sprechen; wer über  $37,3^{\circ}$  hat, der fiebert, da ein gesunder Mensch  $36,4$ — $36,9^{\circ}$  hat. *Geht das Thermometer über  $37,3^{\circ}$  hinaus, so muss Pat. unweigerlich ins Bett*, wo er so lange bleiben soll, bis durch wiederholte Messungen Entfieberung festgestellt ist und für wenigstens 3 Tage angehalten hat. Auch

die Liegecur im Freien ist bei Fieber nichts, Bettruhe das einzig Richtige! Der höher Fiebernde (über 38,3°) erhalte ferner *nur flüssige Kost*; schon nach Genuss ganz leichten Gebäcks, wie Zwieback, steigt mitunter die Curve. Dabei muss freilich die Ernährung reichlich sein: mehrere Liter Milch pro Tag, rohe Eier (mit Wein, Cognac, Wermuth verrührt) bis 8 Stück pro Tag, Suppen, Cacao, Rahm, Schlagsahne etc. Arzneiliche Fiebermittel sind zu vermeiden. Sie beeinflussen die ohnedies schon oft unzureichende Herzthätigkeit ungünstig und wirken nur momentan; häufig fühlen die Pat. sich nachher schlimmer, als vorher. Ein unentbehrliches Mittel aber sind die Priessnitz'schen Umschläge um Brust und Rücken. Je höher die Temperatur, um so häufiger und kühler müssen sie sein. Man richtet sich dabei nach der Pat. Wohlbehagen; solche mit Temp. von 39° und darüber wünschen sie meist ganz kalt und stündlich erneuert. Frösteln die Pat. unter dem Umschlag — meist Zeichen der Entfieberung — so ist derselbe sofort zu entfernen. Von allen sonstigen hydrotherapeutischen Maassnahmen (Bädern, Waschungen des ganzen Körpers, kalten Abreibungen) nahm Autor Abstand, weil sie den fiebernden, bettlägerigen Kranken zu sehr angreifen. Günstige Einwirkungen sah Autor vom *Guajacolcarbonat (Duotal)* in kleineren Dosen:

Rp. Duotal. 6,0

Extr. Gent. q. s. ut f. pill. No. 60.

S. 3× tägl. 2 (später 3) Pillen.

Ob das Medicament die Temp. direct durch Beeinflussung des Krankheitsprocesses herabsetzt oder indirect durch Anregung des Appetits die Nahrungsaufnahme begünstigt und so die Kräfte hebt, vermag Autor nicht zu sagen; jedenfalls berichteten die Pat. wiederholt, dass ihre Esslust sich ganz wesentlich besserte.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 10.)

- Die Wirksamkeit des **Pyramidon** beim Fieber der **Phthisiker** erprobte Dr. W. Lublinski (Berlin). Manchmal genügt ja Bettruhe allein, um hier das Fieber wegzubringen, oder es helfen event. hydropathische Maassnahmen. Bisweilen ist aber medicamentöse Therapie nicht zu um-

gehen. Dem Pyramidon scheinen nun keine unangenehmen Nebenerscheinungen anzuhäften ausser starken Schweißen, die zuweilen eintreten. Autor versuchte es bei 36 Pat. Er liess es nehmen, wenn die Temperaturschwankungen am Tage mehr als  $1\frac{1}{2}^{\circ}$ , die höchste Tagestemperatur mehr als  $38,5^{\circ}$  betrug (am besten in Oblaten, bevor gewöhnlich die Steigerung einzutreten pflegt). Meist wurde mit 0,5 begonnen, event. diese Dosis repetirt, wenn die Temp. in einigen Stunden nicht unter  $38^{\circ}$  sank. Gewöhnlich beginnt die Wirkung nach 2—3 Stunden, um bis zum nächsten Morgen anzuhalten. In einzelnen Fällen gelang es, durch eine etwa 1 Woche fortgeführte Medication das Fieber überhaupt zum Schwinden zu bringen, in anderen trat es nach Aussetzen des Mittels wieder ein. In 12 Fällen war die Wirkung des Pyramidons ausgesprochen, in 15 nicht so eclatant, (das Fieber erschien nur vermindert, hörte aber nicht auf), bei 9 versagte es ganz. In letzter Zeit hat Autor das *camphersaure Pyramidon* benützt (1—2—3 g pro die); es scheint noch wirksamer zu sein, als reines Pyramidon, auch nicht jene Schweisse zu produciren.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 10.)

- Die locale Application des Heroin. hydrochloric. am Kehlkopf hat Prof. Dr. A. Rosenberg (Berlin) schon früher empfohlen. Er wurde angefragt, ob die Application nicht Gefahren in sich schlösse, und antwortet jetzt darauf. Es ist jedes Bedenken gegen die örtliche Anwendung dieses Medicamentes hinfällig, sobald die verbrauchte Quantität die auch innerlich gegebene Dose nicht überschreitet; und das ist, um den gewünschten Effect zu erzielen, in der That nicht nöthig. Autor verwandte anfänglich eine wässrige Lösung von 1 : 20, sodass  $0,1 \text{ cm}^3$  derselben 0,005 g Heroin entsprach. Um diese Grenze nicht zu überschreiten, injicirte er die Lösung mit einer nach Art der Pravaz'schen Spritze genau graduirten,  $1 \text{ cm}^3$  enthaltenden Kehlkopfspritze; dreht man bei gefüllter Spritze, sodass beim leisesten Druck mit dem Kolben ein Tropfen aus dem winklig gebogenen Ansatzrohr ausfliesst, den auf 1 des mit einer Scala bis zu 10 versehenen Kolbenschaftes gestellten Ring auf 2, so ist es unmöglich, mehr als  $\frac{1}{10} \text{ cm}^3$

12\*

auszuspritzen, weil dieser dann ja sich gegen das untere Spritzende stemmt und ein weiteres Vordringen der Flüssigkeit ausspritzenden Kolbens verhindert. Da aber die so injicirte Quantität manchmal nicht ausreicht, um die Schleimhaut in gewünschter Ausdehnung zu berieseln, so setzte Autor neuerdings die Concentration des Heroin auf die Hälfte herab, d. h. verwendete eine Lösung von 1 : 40, sodass man von dieser  $\frac{2}{10}$  cm<sup>3</sup> einspritzen kann. Die Wirkung war im Wesentlichen dieselbe, wie bei der früheren Solution, sodass es sich empfehlen dürfte, diese schwächere Concentration zu benutzen. Die Wirkung ist eine 2fache: eine *hustenmildernde* und eine *analgesirende*. Das auf die Schleimhaut applicirte Heroin setzt die Sensibilität so herab, dass bei Kehlkopftuberculösen oft ein erheblicher Nachlass, ja fast Cessiren des Hustens während mehrerer, bis 12 Stunden resp. der Nacht eintrat. Die analgesirende Wirkung trat energisch bei der *Dysphagie* der Kehlkopfphthisiker zu Tage, und zwar oft, wie es schien, cumulirend, da die Schmerzen, die anfangs nur für mehrere Stunden schwanden, später fast den ganzen Tag cessirten. Um die volle Wirkung zu erzielen, ist es nöthig, die Flüssigkeit auch wirklich auf die erkrankte Stelle zu spritzen und sich nicht damit zu begnügen, sie in den Kehlkopf injicirt zu haben.

(Die Heilkunde 1901 No. 11.)

- Mit Heroin wurden auch im k. k. Krankenhause Wieden (Wien) Versuche angestellt, wie Dr. L. Geiringer mittheilt. Das Mittel erwies sich zur Bekämpfung des Hustenreizes und der Athemnoth bei Phthise (auch Bronchitis, Emphysema pulm. etc.) als sehr wirksam (3—4  $\times$  tägl. 0,005). Unangenehme Nebenerscheinungen traten nie ein, ebensowenig Angewöhnung, sodass die Dosis auch bei wochenlangem Gebrauche nicht erhöht zu werden brauchte.

(Wiener med. Presse 1901 No. 43.)

## Vermischtes.

- **Haematogen. siccum** („*Sicco*“) hat Dr. Hirschfeld (Berlin) mit bestem Erfolge angewandt. Das aus frischem Rinderblute hergestellte Präparat eignet sich mit seinem hohen Eiweissgehalt zu einem vorzüglichen Nahrungsmittel in concentrirtester Form für Reconvalescenten, Schwächliche, Fiebernde, vermöge seines hohen Eisengehaltes für alle Formen von *Anaemie*, *Chlorose*, *Rhachitis*, *Scrophulose* etc. Es ist sehr leicht verdaulich, absolut geschmack- und geruchlos, löst sich in allen Flüssigkeiten sehr leicht, sodass man es Suppen, Cacao, Kaffee, Gemüse u. s. w. leicht zusetzen kann. Man kann aus dem Siccopulver sehr rasch selbst ein *flüssiges Haematogen* für billigen Preis herstellen (20 g Sicco kosten 75 Pfg., 250 g daraus bereitetes Haematogen nur 80—90 Pfg.). Es giebt auch *Sicco-Capseln* à 0,5 g (Dosis 10—15 Stück pro die) *Sicco-Cacao* (mit 10 % Sicco) *comprimirte Tabletten* (à 0,25 g), für Kinder *Chocoladenplätzchen* à 0,25 (Dosis 5—6 pro die), ferner Capseln mit Sicco und Kreosot, Guajacol, Duotal. Endlich kann man selbst mit Sicco andere Mittel combiniren:

Rp.: Phosphor 0,01  
Sicco 10,0  
Ol. jecor. asell. ad 100,0  
M.D.S. 3  $\times$  tägl. 1 Theelöffel  
(Bei Rhachitis mit Anaemie).

Rp.: Kal. jod. 8,0  
Sicco 15,0  
Aq. dest. ad 200,0  
M.D.S. 3  $\times$  tägl. 1 Esslöffel  
(Bei Lues mit Anaemie).



Rp.: Chinin. sulf.  
 Sicco  $\overline{aa}$  0,5  
 D. tal. pulv. Nr. X in caps. amyl.  
 S. 3  $\times$  tägl. 1 Stück.  
 (Bei Malaria mit Anaemie.)

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

- **Sozodolnatrium besonders bei Erkrankungen der äusseren Genitalorgane** empfiehlt Dr. J. S. Gouladze (Militärhospital, Warschau). Namentlich bei *Ulcus molle* hat sich das Mittel sehr bewährt, indem es die Geschwürsfläche rasch austrocknete und reichliche Granulationsbildung anregte, die Vernarbung in sehr kurzer Zeit bewerkstelligte. Bei *Balanitis*, *Herpes praeputialis*, *Erosionen* am Uterushals und an den kleinen Labien erwies es sich gleichfalls als recht wirksam. Am häufigsten ordnete es Autor pur oder gemischt  $\overline{aa}$  mit einem indifferenten Pulver. Zur Einblasung in die *Nasenhöhle* bei oberflächlichem papulösem *Syphilid* wurde das Pulver (Sozodolnatrium 1 : Talc. 2—3) eingeblasen, bei trockener Pharyngitis mit einer wässrigen Lösung (4 : 300—400) gespült. Bei dem schwer heilenden *Ulcus cruris*, wie es beim condylomatösen und gummösen Stadium der Syphilis auftritt, sowie bei *gummösen Geschwüren* des Rachens und Kehlkopfes wurde das Mittel rein benützt, bei *Ulcus cruris* auch als Salbe ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  0/0). Wo das Pulver pur benützt wird, soll es grob (nicht fein!) zerkleinert sein! Auf Grund seiner 324 Fälle steht Autor nicht an, das Sozodolnatrium als ein hervorragendes Heilmittel, namentlich aber bei *Ulcus molle*, anzusprechen.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1901 No. 84.)

- **Jodtinctur oder Jodvasogen statt Jodkali** zu verordnen, empfiehlt Dr. P. Richter (Berlin). Er hat dies in über 100 Fällen gethan und ist dabei zur Ueberzeugung gelangt, dass nicht nur klinische Gründe, sondern auch der Preisunterschied hier maassgebend sind. Namentlich bei empfindlichen Pat. verdient entschieden Jodvasogen den Vorzug, das sich auch durch Haltbarkeit auszeichnet (auch vor der Jodtinctur). Die Anwendung des 10 0/0 igen Jodvasogens geschieht ebenso wie diejenige der Jodtinctur in Dosen von 3  $\times$  tägl. 10 Tropfen, jede Woche

um je 5 Tropfen steigend bis auf 3  $\times$  tägl. je 30 nach den Mahlzeiten, in Kaffee, Wein, Bier, Milch oder Wasser. Für eine Jodeur sind im allgemeinen 100 g Jodvasogen anzuwenden.

(73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.)

- **Aspirin in der Kinderpraxis** wandten Dr. J. Landau und Dr. A. Schudmak (Krakau) mit bestem Erfolge an. Bei *Pleuritis* erwies es sich dem Natr. salicyl. völlig ebenbürtig, ohne dessen Nebenwirkungen zu besitzen; die Resorption der Exsudate ging gut und glatt von statten. Als *Antipyreticum* leistete es gleichfalls gute Dienste, namentlich bei *Typhus abdominalis*, aber auch zur Entfieberung bei anderen Affectionen z. B. Drüsen-schwellungen.

(Die Heilkunde 1901 No. 10.)

- Mit der **Erzeugung subcutaner Paraffinprothesen** hat man sich auch in der v. Bergmann'schen Klinik (Berlin) beschäftigt und schöne Erfolge erzielt. Dr. Albert E. Stein theilt einige Fälle mit, so eine Correctur einerluetischen Sattelnase, Sattelnase infolge Caries des knorpeligen und knöchernen Nasenseptums, Verschluss einer nach Operation eines Wolfsrachsens zurückgebliebenen Gaumenspalte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 39/40.)

- **Capsulae gelatinosae als billigen Ersatz der Suppositorien** benützt Dr. M. Scheuer (Richmond, Capcolonie). Gegen sehr dünnflüssige Medicamente sind sie durch Auswischen mit Fett widerstandsfähig zu machen. Man kann die Füllung der Capseln oft dem Pat. überlassen, zumal da sie ein bestimmtes Maass darstellen. Die sehr weit ausdehnbare Medicatio per rectum kommt auf diese Weise auch mehr der Armenpraxis zu Gute.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

- Seine Erfahrungen mit **Sapolan** publicirt Dr. J. Appel (Hamburg), der das Mittel bei 124 Hautkrankheiten anwandte (darunter 69mal *Ekzem*, 22mal *artificielle Dermatitis*). Sapolan wurde zum Theil *rein* angewandt als *Salbe* oder *Sapolansalbenmull*, zum Theil unter Zusatz der gebräuchlichen Medicamente. Mit Aqua oder

Aq. Plumbi mischt es sich zu gleichen Theilen und giebt eine gute Kühlсалbe. Bei Zusatz von Zinkoxyd verhält es sich ähnlich wie Naftalan. Es wird nämlich durch Verreiben mit demselben weicher, sodass ein Zusatz von 50% Zinkoxyd noch Salbenconsistenz hat. Erst nachdem 60% Zinkoxyd zugesetzt sind, resultirt eine Pастe, welche einen festen Ueberzug auf der Haut bildet. Nimmt man Terra silicea zur Pastenbereitung, so kommt man schon mit einem Zusatz von 15% aus. Aehnlich wie Zinkoxyd verhalten sich andere gebräuchliche pulverförmige Substanzen, sodass sich leicht hochprocentige Pasten mit Schwefel, Resorcin, Chrysarobin etc. herstellen lassen. Die Firma Beiersdorff & Co. (Hamburg) stellt jetzt ausser Sapolansalbenmull noch Zinkoxyd-, Schwefel-, Theer-, Zinkoxydschwefel-, Zinkoxydtheer-, Zinkoxydtheerschwefel-Sapolansalbenmull her. Durch Sapolan wird die Wäsche braun gefärbt; beim Kochen der Wäsche geht jedoch die Farbe wieder heraus. Da Autor 9mal nach Application des Sapolan Folliculitiden und Furunkel erlebte, möchte er davor warnen, Sapolan rein anzuwenden; durch Zusatz von Zinkoxyd für unbehaarte, von Aq. Plumbi für die behaarte Haut lassen sich diese Complicationen vermeiden. Mehrfach erwies sich Sapolan als wirkungslos: so bei Prurigo, Alopecia, Lupus, Syphilis, Trichophytie, Lichen scrophulosorum. In einer anderen Reihe von Fällen wirkte es aber vorzüglich.

1. *Als juckenstillendes Mittel.* Autor empfiehlt besonders folgende Salben:

Rp. Sapolan.	Rp. Sapolan. 30,0
Aq. Plumb. aa 50,0	Zinc. oxyd. 20,0
	Aq. Plumb. 50,0

Die antipruriginöse Wirkung derselben ist auffallend und für *Ekzema* aller Stadien anwendbar. Auch bei 2 Fällen von *Lichen ruber planus* haben sie ausgezeichnete Dienste geleistet; in dem einen war die Wirkung der Kühlсалbe zauberhaft, indem Pat., nachdem der ganze Körper damit eingeschmiert war, seit Monaten zum 1. Mal die ganze Nacht hindurch schlief, was bisher durch keine andere Behandlung zu erreichen gewesen. Einen Fall von *Lichen simplex chron.* (*Vidal*), der 4 Jahre lang bereits behandelt wurde,

brachte Autor durch die Salben in 3 Wochen zur Heilung, einen anderen der gleichen Krankheit, seit 20 Jahren bestehend, zur Besserung (Pat. entzog sich der Behandlung). Einige Fälle von *Strophulus* heilten dauernd ab bei Ichthyol, intern gereicht und folgender Salbe:

Rp. Ichthyol. 10,0  
Sapolan. 90,0

2. Als *schmerzstillendes Mittel* bei Blasen- und pustelbildenden Hautkrankheiten, wie *Herpes praeputialis*, *Herpes zoster*, *Combustio*.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 7.)

- Ein neues mechanisches Mittel zur Verhütung der Conception hat Dr. Hollweg, Frauenarzt in Magdeburg, erfunden und in einer grossen Anzahl von Fällen als durchaus zuverlässig erprobt. Der kleine Apparat besteht aus einem 7 cm langen, der Form der Gebärmutter entsprechend gebogenen metallversilberten Stäbchen, welches in zwei federnden Enden auseinandergeht und an seinem anderen Ende, im rechten Winkel angebracht, einen Ring trägt, der durch eine an ihm befestigte kreisrunde Platte abgeschlossen werden kann. Mittels eines für diesen Zweck construirten Introductors wird dieser Apparat in den Uterus derart eingeführt, dass der durch die Platte geschlossene Ring den äusseren Muttermund verschliesst. Nach Entfernung des Introductors federn die beiden im Uterus liegenden Enden des Stäbchens auseinander und halten auf diese Weise den Apparat nicht nur in der gewünschten Lage fest, sondern entfernen gleichzeitig die normaler Weise aneinanderliegenden Uteruswände von einander. So ist nicht nur der äussere Verschluss der Gebärmutter erreicht, sondern auch dafür Sorge getragen, dass das Ei sich nicht in der Uterusschleimhaut festsetzen kann. Dabei findet das Menstrualblut über dem Ring des Apparates ausreichenden Raum zum Abfliessen, sodass der Apparat, ohne Störungen zu verursachen, auch während der Zeit der Menses liegen bleiben kann. Die Einführung darf natürlich nur durch sachverständige Hand geschehen, bereitet dem Arzte aber keinerlei Schwierigkeiten und der Frau nicht die geringsten Schmerzen. Auch im Uebrigen wird die

Frau in keiner Weise von der Vorrichtung belästigt, wenn dieselbe in einen gesunden Uterus eingeführt wurde. Etwaige Uterusleiden sind selbstverständlich vor Anwendung des Mittels zu beseitigen, das alsdann lange Zeit liegen bleiben kann, ehe eine Reinigung angezeigt ist. Dr. Hollweg's „Obturator“ ist von der Firma Arthur Block & Co., Berlin, Fasanenstr. 97, zu beziehen.\*)

(Medico 1901 No. 40.)

— Dr. Theinhardt's bekanntes Nahrungsmittel **Hygiama** hat Dr. Meyer (Bernstadt) bei Kinderdyspepsien, bei Pat. mit fieberhaften Krankheiten und solchen mit erschöpfenden Leiden angewandt und war mit den Resultaten zufrieden. Er hält sich zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1. Die Zusammensetzung des Nahrungsmittels Hygiama ist insofern eine günstige, als sie den Wohlgeschmack erhöht.

2. Das Mittel ist eine werthvolle Bereicherung der Zusätze zur Milchdiät, indem es deren Geschmack verbessert, deren Verdaulichkeit erhöht und deren Nährwerth vergrößert.

3. In Fieberzuständen hat das Mittel vor der an und für sich richtigen Malzkost den Vorzug leichter Handlichkeit, besseren Geschmacks und zum mindesten gleichwerthiger Assimilirbarkeit.

4. Aus Gründen besseren Geschmackes resultirt die Möglichkeit der Zufuhr grösserer Mengen.

5. Aus letzterwähnten Gründen, sowie wegen der Wohlbekömmlichkeit selbst bei längerer Anwendung ist es geeignet, namentlich bei erschöpfenden Krankheiten und marantischen Zuständen anderseits schwer assimilirbare Nahrungsmittel zu verdrängen.

(Aerztl. Rundschau 1901 No. 43.)

— **Brillenbehandlung des Entropium senile** empfiehlt Dr. E. Oppenheimer (Berlin). Der recht lästige Zustand lässt sich operativ beseitigen, aber die alten Leute lassen sich meist nicht gern operiren, und dann genügt eine „Entropiumbrille“ vollständig, wie sich Autor an einem Falle, der ihm den Gedanken zu solcher Brille eingab, überzeugte. Wenn man sich vorstellt, dass

\*) Preis: Mk. 10.— (versilbert), Mk. 15.— (vergoldet).

ein leiser Druck an geeigneter Stelle genügt, um jedes Entropium senile zu reponiren, so liegt der Gedanke ja sehr nahe, durch eine Pelotte diese Reposition dauernd zu fixiren. Autor liess also beiderseits eine nach unten zu convexe, parallel mit dem unteren Brillenrand bis zu der Mitte des Unterlides laufende Spange aus mässig dickem, biegsamen Draht (kann natürlich auch aus Gold oder Silber sein) an die Seitenbügel der bisher von der Pat. benützten Brillen anlöthen. Der Abstand vom Brillenrand wurde ausprobirt, desgleichen die Länge und Lage der Spangen, sodass der Druck auf das Unterlid lediglich durch die Eigenschwere der Brille bewerkstelligt war. Das Ende der Spange wurde, um Verletzungen auszuschliessen, nach aussen gegen das Glas zu geführt und zu einer Oese gedreht, sodann die „Pelotte“ überglast, d. h. eine dünne Schicht Glas angeschmolzen. Die Pelotte könnte man mit Gummi, Kork u. dergl. belegen, doch ist trotz mehrwöchentlichen Gebrauches keine Hautreizung eingetreten, und die Pat. fühlt sich sehr wohl mit ihrer Brille.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 47.)

- **Sanatogen** wurde in der niederöstr. Landesirrenanstalt Klosterneuburg, wie Dr. Steiner und Dr. Bischoff berichten, mit durchgehends sehr befriedigenden Erfolge bei sehr heruntergekommenen Irren angewandt. Die durchschnittliche Gewichtszunahme betrug wöchentlich meist bis zu 2 kg bei einer Dosirung von 3 Kaffeelöffeln pro die (in Milch, Suppen, Gemüsen). Sanatogen erwies sich durchaus als ein die Ernährung unterstützendes, den Kräfteverfall hemmendes Präparat, das fast ausnahmslos gern genommen wurde und die Verdauung nie nachtheilig beeinflusste.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 50.)

## Bücherschau.

- Von **Medicinalkalendern für das Jahr 1902** gingen uns bisher zu: Börner's *Reichs-Medicinal-Kalender* (Verlag von G. Thieme, Leipzig) und Lorenz' *Taschen-Kalender für Aerzte* (S. Rosenbaum, Berlin). Beide sind keine Neulinge mehr für den Arzt, sondern alte

Bekannte, die von einer grossen Zahl von Collegen benutzt werden. Sie präsentiren sich im gewohnten handlichen Gewande, enthalten wieder die 4 Quartalshefte für die täglichen Notizen und eine ganze Reihe von Aufsätzen, Tabellen, Zusammenstellungen, wobei man allenthalben Ergänzungen und Verbesserungen wahrnimmt, durch welche die Herausgeber ihre Kalender auf der Höhe der Zeit erhalten und den Lesern entgegenzukommen bestrebt sind. Wer etwas mehr Geld ausgeben will und kann, wird den theueren, dafür allerdings sehr viel Bietenden Börner'schen Kalender zu seiner vollsten Zufriedenheit benutzen, doch genügt auch der billige Lorenz'sche schon allen Ansprüchen, falls dieselben nicht darauf hinzielen, ein Aerzteverzeichniss, gesetzliche Bestimmungen etc. zu besitzen, wie sie jener bietet, dieser aber nicht. Der Börner'sche hat auch sonst noch einen recht umfangreichen textlichen Theil, in dem der Arzt ganz vortreffliche Anweisungen nach jeder Richtung hin erhält. Doch findet man auch im Lorenz'schen recht lesenswerthe und genügende Belehrungen für die tägliche Praxis, sodass auch dieser Kalender durchaus zu empfehlen ist. — Als sehr nützliches Inventar auf dem Schreibtische erweist sich das bei J. Reichmann & Cantor (Berlin) erscheinende **Kranken-Journal**, das dem Arzte eine recht bequeme und übersichtliche Buchführung gestattet und in sehr zweckmässiger Weise angelegt ist. In dem gut ausgestatteten Buche findet man ausserdem Gebührenordnung, Formul. magistr., Maximaldosen, Angaben über Untersuchung des Harns, Blutes, Diaeturen, Rettungswesen, medic. Zeitschriften und Vereine, Verzeichniss von Badeorten, Badeärzten und noch mehrere andere Tabellen und Aufzählungen, welche dem Bedürfnisse des Praktikers entsprechen. Das nützliche Buch zeichnet sich dabei durch billigen Preis aus. — Nachträglich ging noch ein: *Medicin. Taschenkalender* von Kionka, Partsch, Leppmann (Vogel & Kreienbrink, Südende). Der bereits 15 Jahre wiederkehrende Kalender weist wieder Verbesserungen, (handliches Format, auswechselbare Monatshefte mit vielem Raum für die Notizen, Hinzufügung eines Capitels über Nährpräparate etc.) auf und dürfte sich zu den alten Freunden recht viele neue erwerben.

- Prof. Hagenbach-Burckhardt (Basel) schreibt\*) über Dr. E. Grätzer's „**Vademecum der Kinderpraxis**“: Es gereicht mir zum Vergnügen, diesem kleinen Abriss der Kinderheilkunde den Weg bahnen zu helfen, dorthin, wo er wirklichen Nutzen stiften kann, zum prakt. Arzte und zum Studirenden und Examinanden. Der bereits längere Zeit in der Praxis stehende Arzt hat sich sein Lehrbuch der Kinderkrankheiten beim Beginn seiner Thätigkeit angeschafft, er besitzt seinen Hensch, Biedert, Seitz oder Baginsky oder sonst eines der vielen neueren Werke und bedarf ihres Rathes oft und viel. Nun bleibt aber die Wissenschaft nicht stehen; die Anschauungen, die therapeutischen Eingriffe werden andere und machen neue Auflagen nothwendig; dementsprechende Neuanschaffungen werden aber manchem Collegen bei den vielen Disciplinen des Guten zu viel. Da erhält in bequemer Form, um billigen Preis der Belehrung suchende Praktiker in diesem Vademecum das Neueste und Wissenswertheste. In dem alphabetisch geordneten Nachschlagebuch findet er mühelos, was ihn für den Augenblick aus dem grossen Gebiete der Kinderheilkunde interessirt und, was die Hauptsache ist, es ist dem Verfasser, der die einschlägige Litteratur gründlich kennt und beherrscht, wohl gelungen, auch in dieser lockeren Form ein richtiges Bild vom heutigen Stande der bezüglichen Disciplin zu geben, mit kundiger Hand das Wesentliche berücksichtigend, hervorhebend, das Veraltete und Unbrauchbare bei Seite lassend. Cito, tuto et jucunde kann sich der Praktiker über das orientiren, was er bisher nicht gewusst oder vergessen hat. Aber auch den Studirenden und namentlich den vielgeplagten Examinanden sei dieses praktische kleine Buch bestens empfohlen.\*\*)
- Die diaetetische Behandlung nicht nur der Magenaffectionen, sondern auch vieler anderer Krankheiten nimmt heut in dem therapeutischen Schatz des Arztes einen hervorragenden Platz ein, sodass umfassende Kenntnisse dieses Gebietes unbedingt erforderlich sind. 2 jüngst im Verlage von Hartung & Sohn (Leipzig) erschienen

\*) Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1901 No. 1.

\*\*) Erschienen bei Joh. Ambr. Barth in Leipzig.



Bücher Dr. Schilling's: **Hygiene und Diaetetik des Magens** (Preis: M. 2,40) und **Die Verdaulichkeit der Nahrungs- und Genussmittel auf Grund mikroskopischer Untersuchungen der Faeces** (Preis: M. 2,80) sind sehr wohl geeignet, den Praktiker kurz, aber vollständig über die betreffenden Fragen zu belehren und ihm wichtige Anleitungen und Anregungen für die tägliche Praxis zu geben. Beide Bücher sind auch mit Illustrationen versehen, welche wohl nicht immer als hervorragend zu bezeichnen sind, aber ihren Zweck immerhin erfüllen und den Text ergänzen.

- Der Erfolg der Naturheilkundigen und Curpfuscher beruht zum grossen Theil darauf, dass sie sich in Wort und Schrift immer wieder ans Volk selbst wenden und es ihren Zwecken auf diese Weise fortdauernd zuführen. Man ist jetzt endlich zu der Erkenntniss gekommen, dass wir Aerzte diesem Treiben dadurch am besten begegnen, wenn wir unsererseits ebenso rührig sind und in immer neuen Vorträgen, Broschüren und Aufklärungsschriften das Volk darüber zu belehren suchen, wo es wirklich sachgemässe Hülfe in Krankheitsfällen erhält und wie schlecht berathen es ist, wenn es diese Hülfe im Lager der Gegner zu finden hofft. Dieser löblichen Absicht ist auch ein kleines Büchelchen von Dr. A. Wagner „**Der Naturheilkoller**“ (Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin-Südende) entsprungen, welches verdient, in den Wartezimmern ausgelegt zu werden. Der Autor lässt sich in sehr verständiger und verständlicher Weise über Impfung, Bakterien, Wirkungsweise der Arzneien u. s. w. aus, stellt Medicin und Naturheilkunde einander gegenüber und sucht in beredten Worten warnend und belehrend zu wirken. Wir können solche Schriften brauchen! — In dem gleichen Verlage erscheint ein **Hygienisches Volksblatt**, welches denselben Zwecken dient und für wenig Geld (M. 1. pro Quartal) höchst interessante Aufsätze aus der Feder hervorragender Autoren bringt. Ein Beiblatt, gewidmet der Tuberculosebekämpfung und Gewerbehygiene, ergänzt aufs beste den Inhalt des Blattes, das als Organ zur Bekämpfung des Curpfuscherthums infolge seines inneren Werthes hoch willkommen ist und weiteste Verbreitung verdient.

- Vom **Handbuch der physikal. Therapie**, herausgegeben von Prof. Dr. Goldscheider u. Privatdoc. Dr. P. Jacob (Leipzig, G. Thieme) ist Theil 1 Bd. II. erschienen (Preis: Mk. 15). Wir haben schon anlässlich des Erscheinens des 1. Bandes genauer die Ziele, die sich das Handbuch steckt, geschildert und dem Werke, das diesen Aufgaben in ausgezeichneter Weise gerecht wird, die beste Prognose gestellt. Dies Urtheil hat sich noch mehr befestigt bei der Lectüre des vorliegenden 2. Bandes in welchem die betreffenden Gebiete von Fachleuten ersten Ranges in mustergültiger Weise bearbeitet sind. Die „Massage“ haben Bum, Zubludowski, v. Reyher besprochen, die „Gymnastik“ Zuntz, Zander, Jacob, Funke; die „mechanische Orthopädie“ Vulpius, die „Elektrotherapie“ Mann und Bernhardt, die „Lichttherapie“ Rieder. Bei Schilderung aller dieser für den modernen Arzt so ungemein wichtigen Capitel haben die Autoren die Interessen des Praktikers in den Vordergrund gestellt, alles Wissenswerthe wird in Wort und Bild (das Buch enthält 175 schöne Illustrationen) dem Leser vor Augen geführt, sodass derselbe sich mit allen für ihn wichtigen Details vertraut machen kann. Das Werk sei daher dem prakt. Arzt warm empfohlen.
- Von dem grossartig angelegten neuen Werk, das wir jüngst bereits mit höchster Freude und Genugthuung begrüsst haben, nämlich **Die Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts**, herausgegeben von v. Leyden und Klemperer (Wien u. Berlin, Urban & Schwarzenberg), sind jetzt die Lieferungen 7—21 (à Mk. 1,60) erschienen, und zwar wieder durcheinander mal diesem, mal jenem von den 10 Bänden angehörend. Die Durchsicht dieser Bände zeigt von neuem, dass wir, etwa ausgenommen die Realencyclopädie, die aber wieder ganz andere Tendenzen verfolgt, kein ähnliches Werk in der Deutschen Litteratur besitzen werden. Ueber den hervorragenden Werth der in Vortragsform niedergelegten einzelnen Arbeiten wollen wir kein Wort verlieren, nur ein *Auszug* aus den in den vorliegenden Heften publicirten Aufsätzen, was Titel und Autor anbelangt, soll hier Platz finden und kurz zeigen, was uns das Werk bietet: v. Winckel „Ueber die Dauer der Schwangerschaft“, Löhlein „Diagnose der

Schwangerschaft“, Hofmeier „Verhütung puerperaler Infectionen“, Veit „Gebärmutterkrebs“, Ahlfeld „Behandlung der Nachgeburtsperiode“, Unna „Diagnose und Behandlung der Hautkrankheiten durch den prakt. Arzt“, Neisser, „Jucken und juckende Hautkrankheiten“, Mendelsohn „Krankenpflege“, Fürbringer „Influenza“, Rumpf „Cholera nostras u. Cholera indica“, Binswanger, „Progresive Paralyse der Irren“, v. Krafft-Ebing „Sexuelle Perversionen“, Fürstner „Hysterische Geistesstörungen“, Neisser „Diagnose der Syphilis“, Posner „Katheterfieber“, Rosenheim „Oesophagusstenosen“, Riegel „Magenerweiterung“, Nothnagel „Darmverengung und Darmverschluss“, Rosenstein „Acute Nierenerkrankungen“, Strümpell „Chron. Nephritis“ u. s. w. Man sieht, dass sich die hervorragendsten Autoren zusammengethan haben, um über den neuesten Stand der Wissenschaft den Praktikern Rechenschaft abzulegen. Dass dies nicht vom grünen Tisch herab geschieht, sondern für die speciellen Bedürfnisse des prakt. Arztes, das ist ein besonderer Vorzug des Werkes, das daher als Nachschlagewerk für die tägliche Praxis von unschätzbarem Werthe ist.

- Der soeben erschienene **Antiquariats-Katalog** No. 29 der Firma Krüger & Co. in Leipzig bringt eine Zusammenstellung von nahe an 3000 medic. Büchern und Zeitschriften, deren Preis bedeutend herabgesetzt ist. Wer sich Bücher anschaffen will, wird gut thun, sich dieses Kataloges zu bedienen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 5.**

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**Februar**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Agrypnie.** Ueber A. im Kindesalter lässt sich San.-R. Dr. L. Fürst (Berlin) aus. Im *Säuglingsalter* sind Insectenstiche, Hunger, Kolikschmerzen, Obstipation durch zu compacte Käsegerinnsel, zu warmes Bedecken, zu starke Heizung, Nassliegen u. s. w. Ursachen der A., die nach Beseitigung der Ursache zu weichen pflegt. In der 2. Hälfte des ersten Lebensjahres kommt als aetiologischer Factor noch die Dentition hinzu, die örtliche Reizzustände, auch allgemeine Schmerzgefühle, Ernährungsstörungen, abnorme Gasbildung u. dergl. bedingt. Kühlen der Mundhöhle, Beruhigung der Darmnerven durch schleimige, leicht alkalische Zusätze der Milch, event. Wechsel der Ernährung, das genügt oft zur Wiederherstellung des gesunden Schlafes. Abends ein prolongirtes Bad (10—15 Minuten) von 28° R. hilft nöthigenfalls nach. Vom 2. Jahre bis zum Schulalter sind Anregung der Phantasie durch Geschichten-

Erzählen, die üble Sucht, fortwährend die Aufmerksamkeit des Kindes anzustacheln, die überdies schon durch die Lebhaftigkeit der äusseren Sinneseindrücke genügend in Anspruch genommen wird, kurz psychische Reize der verschiedensten Art meist schuld an der A. Eine pädagogische Behandlung, ein rationelleres psychisches Régime schafft Abhülfe, doch ist man bisweilen genöthigt, auch medicamentös einzugreifen. Da hat sich dem Autor das *Dormiol* zu 0,5—1,0 in einem Stärkeklystier per anum applicirt, jetzt bestens bewährt. Dormiol, ein zuverlässiges Hypnoticum und Sedativum, das weder Herz und Blutkreislauf, noch Lunge und Magen ungünstig beeinflusst, bringt nach ca.  $\frac{3}{4}$  Stunde einen ruhigen Schlaf von mindestens 6 Stunden Dauer. Seines etwas brennenden Geschmacks halber giebt es Autor grösseren Kindern (s. unten) in einem etwas versüssten, schleimigen Vehikel (Salep), indem er zugleich, falls den Kindern der mentholartige Geruch unangenehm ist, die Nase zuhält; von der 10%igen wässrigen Lösung, die man sich aus der käuflichen 50%igen herstellt, enthält 1 Kinderesslöffel gerade 1 g Dormiol. Die Kinder von 2—7 Jahren erhalten das Mittel also per rectum. Im *Schulalter* häufen sich bis zur Pubertät die Fälle von A. von Jahr zu Jahr mehr, besonders bei Mädchen, anaemischen, nervös leicht erregbaren, mit stark ausgeprägtem Pflichtgefühl und Ehrgeiz, deren Gehirn ja fast continuirlich in starker Erregung sich befindet, die durch unpassende Lectüre, zu frühen Besuch von Theatern und Gesellschaften u. s. w. noch vermehrt wird. Physische Ursachen, Anaemie, Anlage zur Neurasthenie, rasches Wachstum, congestive Zustände und sexuelle Entwicklungsphasen treten hinzu, kein Wunder, dass A. sich einstellt. Bei der Behandlung spielt also neben hygienischen Maassnahmen eine rationelle, harmonische Erziehung die grösste Rolle. Manchmal muss man auch hier zeitweilig zum Dormiol greifen, das aber in der Regel nur vorübergehend gebraucht wird, da sich dann spontaner Schlaf einzustellen pflegt.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1901 No. 91.)

— Die **Hydrotherapie der A.** bespricht Dr. A. Laqueur (Hydrotherap. Anstalt der Univers. Berlin). Bei den

mehr oder minder kurze Zeit vor dem gewollten Beginn des Schlafes vorzunehmenden Proceuren ist jede Erregung dabei zu vermeiden, sind nur beruhigende Formen der Wasserapplication zu wählen. Zunächst die *feuchte Ganzpackung*: Man schlägt Abends den ganzen Körper vom Halse bis zu den Füßen in ein grosses, in kaltes Wasser getauchtes Laken ein und bedeckt das Ganze mit einer wollenen Decke; auf den Kopf legt man zur Vermeidung von Congestionen eine kalte Comprime oder die Winternitz'sche Kühlkappe. Schläft der Pat. ein, so kann er ruhig die Nacht eingepackt bleiben, andernfalls entfernt man die Packung nach ca.  $\frac{3}{4}$  Stunde, kann dieselbe aber dann nochmals wiederholen; jedenfalls unternehme man nach der Auspackung keinerlei abkühlende Proceur, da solche erregt und die beruhigende Wirkung der Packung aufheben würde. Die feuchte Ganzpackung ist indicirt in all den Fällen von A. infolge von nervöser Unruhe bei Neurasthenikern, anaemischen, kachektischen, in der Ernährung heruntergekommenen, ferner bei fiebernden Pat. Manche Nervöse vertragen sie aber nicht gut, weil das Gefühl, dass sie fest eingeschnürt sind, ihnen Beängstigung und Beklemmung verursacht. Hier lässt man die Einpackung nur bis zur Achselhöhle herauf reichen und hüllt den obersten Theil der Brust und die Schultern noch besonders in einer Kreuzbinde ein, sodass also die Arme frei bleiben. Diese Form ist auch zu empfehlen, wo wir gleichzeitig damit den Herzkühlschlauch appliciren wollen (Tachycardie, Morbus Basedowii). Die Packung versagt aber auch öfters bei sehr empfindlichen Pat., ferner bei schweren Herzfehlern und anderen mit stärkerem Brustbeklemmungsgefühl verbundenen Affectionen. Wir haben dann in den *prolongirten lauwarmen resp. warmen Vollbädern* ( $33-37^{\circ}$  C. und  $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$  stündige Dauer) ein vorzügliches Ersatzmittel, das sogar vielleicht unter allen hydrotherapeutischen Maassnahmen gegen A. das wirksamste ist. Man kann sie sogar 1—2 Stunden, ja noch früher, vor dem gewollten Einschlafen appliciren, nur muss Pat. nachher gleich ins Bett oder sich wenigstens möglichst ruhig verhalten. Bei A. infolge Neurasthenie, Hysterie, Chlorose u. s. w. bewährten sich solche Bäder, selbst in älteren Fällen, bestens. Wo sie nicht aus-

föhrbar, bieten lauwarne Sitzbäder genögenden Ersatz. *Prolongirte lauwarne Sitzbäder* sind besonders indicirt, wo gesteigerte sexuelle Erregbarkeit Ursache der A. ist (*hier* sind kurze kalte Sitzbäder durchaus contraindicirt, die durch ihren erregenden Einfluss nur schädlich wirken). *Kurze kalte Sitzbäder* (von 23° C. abwärts), wie sie von Winternitz als vom Kopfe ableitendes Mittel empfohlen worden, können auch ersetzt werden durch kalte Umschläge auf den Kopf, besonders aber durch *kurze kalte Fussbäder* (höchstens 2 Minuten!), *fliessende Fussbäder* (4—5 Minuten) und erregende (feuchtwarme) *Wadenumschläge*. Fussbäder (unmittelbar vor dem Schlafengehen genommen) bewähren sich bei A. besonders da, wo Congestionen nach dem Kopfe und Kopfschmerzen an der A. schuld sind, ferner bei dem Kältegefühl an den Füssen anaemischer Pat., das den Schlaf stört. Auch sonst wird man gleichzeitig der Indicatio causalis mit genügen können. Oft z. B. werden wir bei rheumatischen Schmerzen oder Ischias und anderen Neuralgieen durch abendliche Application von heissen sogen. *Dampfcompressen* auf die schmerzenden Stellen, der dann nachtsüber ein Priessnitz'scher Umschlag folgt, die Schmerzen lindern und so Schlaf bringen. Wir werden bei Fiebernden durch kühle Bäder oder öfters gewechselte feuchte Packungen die Temperatur herabsetzen und so Schlaf bringen, desgleichen bei Bronchialkatarrh, Asthma, Tuberculose, indem wir durch *Kreuzbinden* die katarrhalischen Erscheinungen mildern, bei Tachycardie, Morbus Basedowii etc. ferner durch Anlegen eines Herzkühlschlauches, bei Leibschmerzen (Meteorismus, verstärkter Peristaltik u. dergl.) durch einen Priessnitz'schen Umschlag aufs Abdomen. Diese sogen. „*Leibbinde*“ kann übrigens auch da, wo keine Beschwerden von Seiten des Abdomens bestehen, als beruhigendes Schlafmittel dienen, ebenso die erregenden Wadenumschläge, die auch durch Anziehen eines feuchten Strumpfes, über den man einen zweiten trockenen zieht, vortheilhaft ersetzt werden können. Nicht weniger dankbar erweist sich nun die Hydrotherapie in den Fällen, wo sie auf indirectem Wege durch Hebung des Allgemeinzustandes des Pat. mit den anderen Functionen des Körpers auch den Schlaf verbessert. Bei constitutionellen Leiden, Stoff-

wechselstörungen, rheumatischen, neuralgischen, anämischen, neurasthenischen Erkrankungen sieht man so oft, wie hydrotherapeutische Procedures der verschiedensten Art (Douchen, Halb-, Schwitzbäder, Abreibungen, Güsse etc.), auch zu anderen Tageszeiten als Abends applicirt, den Schlaf günstig beeinflussen, und zwar auch nach Beendigung dieser Curen noch, was wohl zum grössten Theil der Hebung des Allgemeinzustandes zuzuschreiben ist. Ganzabreibungen kann man bei manchen wenig empfindlichen Pat. nicht nur Morgens, sondern auch Abends vor dem Schlafengehen anwenden, ohne durch diese an sich erregende Abendprocedur den Schlaf zu beeinträchtigen, der im Gegentheil danach besser wurde. Es darf eben auch hier ja nicht schematisirt werden, wie man auch von den angeführten sonstigen Maassnahmen in jedem Einzelfalle die dafür geeignetste wird herauszusuchen haben, die man dann für sich allein, event. aber auch in Combination mit anderen Methoden (Gymnastik!) wird ins Treffen zu führen haben.

(Die Heilkunde 1901 No. 12.)

**Arznei-Exantheme.** Ein durch internen Gebrauch von Arsen entstandenes *Erythema gyratum, papulosum und bullosum* beobachtete Prof. Neumann (Wien). Am 29. VIII. kam ein 37jähr. Pat. zu ihm wegen Furunculosis. Autor verordnete Sol. Fowl. 2× tägl. 3 Tropfen, jeden 4. Tag um 1 Tropfen steigend bis 2× tägl. 10 Tropfen, dann wieder herunter. Schon nach 4wöchentlichem Gebrauch fühlte Pat. besonders an den Fusssohlen Brennen. Gegen den 6. X. (bis dahin waren 40 g Sol. Fowl. = 0,4 g Acid. arsen. genommen) entwickelte sich an Händen und Füßen, den inneren Schenkelflächen, am Scrotum und im Gesicht ein Exanthem. Status praesens vom 21. X. Pulsbeschleunigung, geringe Temperaturerhöhung, ängstliche Unruhe, Gesichtshaut geröthet, gedunsen, Auglider geschwollen, oedematös, mit dünnen Borken bedeckt; Scrotalhaut geröthet, geschwollen, nässend, stellenweise mit Schuppen bedeckt; an der inneren Schenkelfläche und in der Afterkerbe dicht gedrängte, zu Reihen angeordnete Bläschen mit serösem Inhalte; Handteller und Fusssohlen geschwollen in ihrer vorderen Hälfte, Epidermis in Form von linsen- bis thalergrossen, wenig



über das Niveau hervorragende Blasen abgehoben. Die erkrankten Parthieen setzen sich gegen den Fuss- resp. Handrücken mit scharfem Rande ab, der sich am Fusse gegen die Achillessehne hin bogenförmig contourirt fortsetzt, geröthet und geschwollen ist. Auch die Rückenfläche der Zehen zeigt umschriebene, elevirte, geröthete Stellen. An beiden Handflächen Haut geröthet, mit zahlreichen linsen- bis bohnergrossen, flachen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen bedeckt, welche alle an der Peripherie elevirten Rand aufweisen. 25. X. am Handrücken, namentlich um die Interphalangealgelenke, flache, scharf umschriebene, kreuzergrosse Blasen auf gerötheter und geschwollener Haut frisch aufgetreten. Am Nagelbett und an der Nagelwurzel intensive Schwellung und Röthung. An den Handtellern beginnen die Blasen zu schwinden, am Handrücken besteht jedoch der scharf umschriebene Saum weiter fort. 26. X. Blasen, zumal an den Handtellern in Eintrocknung und Resorption begriffen; Schwellung geringer. 29. X. An den Fusssohlen nur mehr Röthung des peripheren Randes vorhanden. An den Flachhänden ist dieselbe geschwunden, die Blasen abgeheilt, Handrücken, Interdigital- und Interphalangealfurchen noch geröthet und infiltrirt. Schwellung und Röthung um die Nägel geringer. 2. XI. Nirgends mehr Röthung und Schwellung. An den früher afficirten Stellen noch hie und da leichte kleienförmige Abschuppung. An Handtellern und Fusssohlen an Stelle der Blasen dicke, safrangelbe, verhornte Schwielen. Der gyrrte periphere Rand besteht noch fort und markirt sich gegen die normal gebliebene übrige Haut durch eine aus Schuppen gebildete Linie. — Wäre diese Hautaffection in einem Falle von Lichen ruber oder Psoriasis vulgaris unter Arsengebrauch aufgetreten, wäre es strittig, ob Arsenik allein oder ob letztere Affectionen diese Erscheinungen veranlasst hätten; da aber Pat. an Furunculosis litt, die mit Blasen- und Schwielenbildung nichts zu thun hat, so konnte das Arsen allein die Schuld tragen, also jene innerhalb von 33 Tagen verbrauchten 40 g Solut. Fowl.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 47.)

— Ueber eine **Bromocoll-Dermatitis** macht Privatdoc. Dr. v. Notthaft (München) Mittheilung. M. Joseph hat

ja Bromocollsalben (10—20%) gegen juckende Hautleiden warm empfohlen und auch Autor hat dieselben (aber nur 10%) in mehreren Fällen mit sehr gutem Erfolge angewandt. So z. B. bei einem hartnäckigen Pruritus senilis, bei einem seit 8 Jahren bestehenden chron. Eczema scroti (hier kam Bromocoll-Theer-Zink-Amylum-Paste zur Anwendung) u. s. w. Bei einem mit chron. intensiv juckendem Ekzem des Scrotums, Dammes und Afters behafteten Pat. kam Bromocollsalbe (20%) zur Anwendung, die auch hier ganz eclatant wirkte. Doch 2 Tage nach der Salbenapplication brach ein acutes Ekzem zunächst an den eingeriebenen Stellen aus, dann aber sogleich auch an entfernteren (Händen, Stirn, Schläfen); Haut überall geschwollen, oedematös, mit Blasen, Eiterpusteln etc. bedeckt, heftig brennend und schmerzhaft. — Noch von 2 anderen A. berichtet Autor. Wegen einer Gesichtseborrhoë sollte ein Pat. *Ung. praecip. alb.* einreiben. Auch hier stellte sich sofort ein äusserst heftiges acutes Ekzem mit derartigem Oedem ein, dass ein Auge ganz verschlossen war. Eine Pat. sollte wegen schmerzhafter Gichtknoten an den Fingern diese mit *Tinct. Jodi* bepinseln. 2 Tage später Bläschen und Blasen am ganzen Körper, die erst nach 14 Tagen unter Puderbehandlung verschwanden.

(Dermatologisches Centralblatt December 1901).

**Augenentzündungen.** Ueber die Anwendung des Aspirins bei A. lässt sich Dr. H. Kirchner (Bamberg) aus: Ich wandte das Aspirin zunächst bei *acuten Iritiden* an; es bewährte sich hierbei vollkommen; zunächst schien es mir den anderen Salicylpräparaten in der Wirkung gleichwerthig; dann habe ich aber auch mehrfach Fälle gesehen, in denen das zuerst angewandte Natr. salicyl. und Salol ohne wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsprocess war, während mit Einsetzen der Aspirindarreichung ein sofortiger Nachlass der Schmerzen, rasches Abschwollen der Iris und Ablassen der Injection eintrat; dabei kam ich meist mit geringeren Dosen aus, als sie von Natr. salicyl. erforderlich zu sein pflegen. Auf der Höhe der Entzündung genügt Abends 1 bis 2 g, Morgens 1 g, später Abends 1 g. Besonders gegen Abend eingenommen bewirkten 1 bis 2 g Aspirin auch bei heftiger Entzündung meist unter ge-

lindem Schweissausbruch, Beruhigung und wohlthuenden Schlaf. Der therapeutische Werth des Aspirins ist jedoch durch seine Verwerthung bei „rheumatischen“ Leiden durchaus nicht erschöpft: es hat vielmehr ganz hervorragend gute Dienste bei mehreren schweren Iridocyclitiden gethan, bei denen Erkältungsursachen theils nicht nachgewiesen, theils mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten.“ Verf. beschreibt ausführlich einen Fall, in welchem bei unerträglichem Ciliarschmerzen Aspirin schon nach 2 Dosen à 1 g von geradezu verblüffender Wirkung war. „Auch in anderen Fällen von *Cyclitis* und *Iridocyclitis* hat mir Aspirin ähnlich segensvoll gewirkt, sowohl auf den Entzündungsprocess selbst, wie auch vernehmlich auf die damit verbundenen Schmerzen. Ich habe nun schon oftmals erlebt, dass gerade die hartnäckigsten und heftigsten Entzündungen, die allen möglichen anderen antiphlogistischen Maassnahmen getrotzt hatten, schon durch die erste Aspiringabe wie mit einem Schlage sich zum Besseren wendeten und rasch unter Aspirin ausheilten. Bei einer echten *Skleritis* konnte ich keinen Einfluss des Aspirins auf den localen Entzündungsprocess sehen; ebensowenig wurde eine, wahrscheinlich rheumatische, Abducensparalyse und ein Fall von Trochlearislähmung durch Aspirin merklich beeinflusst. Dagegen wirkte Aspirin günstig bei einigen Fällen von „*Iritis serosa*“. Die Reizerscheinungen gingen rascher zurück, und in einem ganz besonders schweren Fall mit dichtesten Glaskörpertrübungen und breiten Synechieen auf dem einen Auge sah ich nach Darreichung von Aspirin eine auffällige Resorption der Exsudate. Es erscheint mir gerechtfertigt, dieses Mittel auch bei sonstigen Fällen von Glaskörpertrübungen zu versuchen, da ja auch aus der allgemeinen Praxis Berichte über ausgezeichnete Wirkung des Aspirins zur Resorption seröser Exsudate vorliegen. Ausser den bisherigen besprochenen therapeutischen Eigenschaften besitzen wir jedoch nach meinen Erfahrungen in dem Aspirin auch noch ein ganz vortreffliches Antineuralgicum. Zunächst symptomatisch wirkt es auf *Supraorbitalneuralgien*, bei denen ich es häufig in Verwendung ziehen konnte; frische Fälle heilen rasch aus, bei älteren wurden die Anfälle zunächst seltener und schwächer und blieben in einigen

Fällen zuletzt ganz aus. — Aber auch *Kopfschmerzen*, deren Ursache nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen war, wurden durch Aspirin prompt beeinflusst, darunter manche, die durch alle möglichen anderen Mittel nicht oder bei weitem nicht so günstig beeinflusst wurden, wie z. B. bei einem Tabiker. — In der Regel genügt 1 g, manchmal  $\frac{1}{2}$  g, zur Erzielung völliger Schmerzfreiheit; mehr als 2 g waren nie nöthig. In der speciellen Augentherapie gebührt, um das Ergebniss meiner ausgedehnten Versuche zu resumiren, dem neuen Salicylpräparate ein bevorzugter Platz bei den auf rheumatische Ursachen zurückzuführenden Erkrankungen, speciell bei der Iritis; ferner bei iridocyclitischen und cyclitischen Processen verschiedener Herkunft. Unabhängig von seiner rheumatischen Wirkung besitzt das Aspirin ferner eine hervorragende schmerzstillende Wirkung, die besonders bei Trigeminusneuralgien, Kopfschmerzen und in sonst incurablen Fällen zu verwerthen ist, in denen es das auf die Dauer gefährliche Morphin manchmal vollkommen zu ersetzen vermag. Ich habe weit über 1000 g Aspirin meinen Kranken theils ordinirt, theils in der Klinik gegeben, und nur 3mal wurde mir über üble Nebenwirkungen geklagt, obwohl ich immer eigens danach forschte.

(Ophthalmolog. Klinik 1901 No. 18. — Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges. 19. XII. 1901.)

**Blutungen.** Einen Fall von Spätapoplexie nach Trauma beschreibt Dr. O. Bruns (Städt. Krankenhaus Harburg a. E.). 41jähr. Schlosser wurde in völlig bewusstlosem Zustande eingeliefert. Die Ehefrau berichtet, der bis dahin gesunde Mann, kein Alkoholist, sei vor 4 Tagen bei der Arbeit von einem Maschinentheil an den Kopf gestossen worden. Er verlor nicht die Besinnung, arbeitete ruhig weiter, jedoch klagte er von da ab seinen Kameraden viel über Kopfweh und war zu Haus stiller als gewöhnlich. Heut Morgen musste er 6—8mal nach einander niesen, und darauf stellten sich Schwindel, Uebelkeit, heftiges Erbrechen und Benommenheit ein, die sich rasch zu völliger Bewusstlosigkeit steigerte. Status: Tiefes Coma; körperliche Reize bleiben wirkungslos, emporgehobene Glieder fallen schlaff zurück. Augenlider geschlossen, Bulbi starr nach oben gerichtet,

Pupillen ad maximum verengt, reactionslos. Keine Nackensteifigkeit, doch fällt beim Aufrichten des Pat. eine gewisse Starre der Rückenmuskulatur auf. Keine Motilitätsstörungen, Reflexe normal. Beklopfen des Schädels ruft keine Schmerzensäusserungen oder Abwehrbewegungen hervor. Athmung mühsam und beschleunigt, Puls (90) regelmässig, ziemlich kräftig, Temp. 38,5 (in recto). Bei andauernder Bewusstlosigkeit trat im Verlauf des Nachmittags Cheyne-Stokes'sches Athmen ein. Körper liegt unbeweglich, bei passiven Bewegungen fühlt man eine gewisse reflectorische Spannung der Glieder, jedoch fehlt Nackenstarre noch immer. Bis zum anderen Morgen keine Besserung. Das Cheyne-Stokes'sche Athmen ist durch langsame, tiefe, röchelnde Athemzüge abgelöst, Aufblähung der Wangen bei der Expiration: Puls 130, kaum fühlbar, Temp. 41,9°. Gegen Mittag, also 5 Tage nach dem Unfall Exitus. Bei der Section fand man das Corpus striatum und die vordere Hälfte des Thalamus opticus völlig zertrümmert, nach Entfernung des Blutklumpens an seiner Stelle eine muldenförmige Vertiefung. Durch vorsichtiges Abspülen gelingt es, eine kleine Arterie freizulegen, welche die durch den Bluterguss ausgefüllte Höhle brückenartig durchquert und durch die Zertrümmerung der sie umgebenden weichen Gehirnmasse isolirt worden war. Während dieses Gefässchen bei seinem Aus- und Eintritt in die noch erhaltene Gehirnschubstanz nahezu fadendünn erscheint, ist der freigelégte Abschnitt auf eine Strecke von 1 cm spindelförmig aufgetrieben und misst an seiner dicksten Stelle etwa 2 mm im Durchmesser. Das Lumen des Aneurysmas ist mit geronnenem Blute erfüllt, die Wandung zeigt einen feinen queren Einriss. Eine genaue Untersuchung der übrigen in dieser Gegend verlaufenden Arteriolen lässt keinerlei krankhafte Veränderungen an ihnen erkennen. Das Herz erweist sich als normal. Diagnose: Haemorrhaiga cerebri ex aneurysmate rupto. Es lag unzweifelhaft ein Fall von traumatischer Spätapoplexie vor. Die Kenntniss solcher Fälle ist für den Arzt jetzt äusserst wichtig, da es sich seit dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes um das Wohl ganzer Familien handeln kann, wie hier, wo die Ehefrau die volle Rente zuerkannt bekam. Wie sind aber die

Fälle zu erklären? Die auf den Schädel ausgeübte Gewalteinwirkung erzeugt, sei es nun in den ihr zunächst liegenden Gehirnparthieen, oder wohl häufiger durch sog. contre-coup in den gegenüberliegenden Gehirnthteilen eine Quetschung, die zur Nekrose oder Erweichung führt. Diese hat bei den in ihrem Bereich verlaufenden Gefässen eine Entlastung von dem Seitendruck zur Folge, der normaler Weise von der festen Hirnsubstanz ausgeübt wird. Dadurch erhält der Innendruck, d. h. der Blutdruck das Uebergewicht, und das Gefäss erfährt eine Dehnung und dadurch eine Verdünnung seiner Wandung. Ausserdem aber wird wohl auch der durch die Quetschung erzeugte degenerative Process die Gefässwandung selbst in Mitleidenschaft ziehen und hier eine mehr oder weniger intensive Verfettung erzeugen. Damit ist das Gefäss gewissermaassen vorbereitet, um bei dem geringsten äusseren Anlass zu platzen. Ein derartiges auslösendes Moment war hier das starke Niesen, durch welches ja der Blutdruck durch Hemmung des nervösen Abflusses eine erhebliche Steigerung erfährt. Hierdurch wird das Schlussglied in die Beweiskette eingesetzt, die so fest gefügt ist, dass eine andere Deutung des Krankheitsbildes kaum möglich ist. Zwei Möglichkeiten kämen ja überhaupt nur noch in Betracht. Entweder: das Niesen allein hat bei bis dahin intacter Gefässwand eine Zerreissung derselben durch plötzliche Drucksteigerung herbeigeführt, — ein Ereigniss, das von allen Autoren mit Recht geleugnet wird (ausserdem wäre damit noch nicht das vorgefundene Aneurysma erklärt, welches sich unmöglich acut gebildet haben kann.) Oder: die Gefässwand war bereits unabhängig von dem Trauma alterirt in Gestalt von sklerotischen Veränderungen. Dies wird jedoch durch das gänzliche Fehlen entsprechender Befunde im übrigen Gehirn höchst unwahrscheinlich.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 37.)

- Die **Gefahren der Gelatineinjectionen** sind nicht gering zu achten! Das zeigt wieder ein von F. Kuhn (Kassel, Elisabeth-Krankenhaus) beobachteter Fall von *Wundtetanus nach einer solchen Gelatineinjection*. Ein Junge von 12 Jahren, Bluter, war an adenoiden Vegetationen operirt worden und bekam darauf so heftige

B., dass der Arzt 50 g einer 2%igen Gelatine, die er sterilisirt aus der Apotheke bezog, an der Innenseite eines Oberschenkels injicirte. Die Injectionsstelle schmerzte dann sehr, sie verfärbte sich und nahm gangraenösen Charakter an. Als Pat. am 4. Tag ins Spital kam, wies er eine handteller-grosse gangraenöse Parthie am Oberschenkel auf. Tags darauf entwickelte sich Tetanus, der noch am gleichen Tage letal endete. Autor sah sofort *die Gelatine als Trägerin des Tetanus-giftes* an und stellte mit Leichentheilen Versuche an Kaninchen an. Die mit Blut und mit Gewebssaft in-ficirten Thiere blieben gesund, die mit Gewebsstücken beschickten erkrankten an Tetanus. Es war also das Vorhandensein von übertragbaren Tetanuskeimen in der Wunde des Kindes bewiesen. Dieselben stammten ohne Zweifel aus der Gelatine, deren Sterilisirung in der Apotheke sichtlich zur Tödtung der Keime nicht ausgereicht hatte. Die Gelatineplättchen stammten wohl von tetanuskrankem Material, vielleicht von ge-fallenen Pferden. Ein thierisches Präparat so zweifel-hafter und verschiedenartiger Herkunft, wie es die käufliche Gelatine ist, dem lebenden Körper einzuver-leiben, ist eben ein Wagniss. Wer jemals den Geruch in der Nähe von Leimfabriken erlebt hat, kann sich eine Vorstellung von den Zersetzungen machen, die in solchen Anstalten an den aufgestapelten Cadaverresten vor und während ihrer Verarbeitung vor sich gehen. Zugegeben, dass die lebenden Fäulniskeime bei der weiteren Verarbeitung wieder zu Grunde gehen, so trägt die Gelatine, bei der Unsauberkeit der Räume und der gehäuften Gelegenheit neuer Infectionen, doch den lebenden Schmutz mit sich heraus ins Leben. Und bietet sich dann durch längeres Liegen aufgestapelter Massen, besonders in feuchten, schmutzigen Räumen, Gelegenheit, so propagiren die Keime und bilden Fäulnisproducte in üppigster Weise. Der Verwendung am Krankenbett geht wohl eine neue Sterilisirung voraus. Dadurch gehen bei guter Ausföhrung wohl die Keime zu Grunde, aber nicht die Toxine. Und bei der Widerstandsfähigkeit z. B. des Tetanusbacillus, der in 100° strömenden Wasserdampf erst nach 8 Minuten zu Grunde geht und 80° 1 Stunde lang unbeschadet verträgt (ebenso widerstandsfähig sind auch Milzbrand-

sporen!) ist die Gefahr der Uebertragbarkeit keine geringe! Will man also an den Injectionen von Gelatine festhalten, so muss man die Forderung aufstellen, dass die Gelatine frisch aus dem leimgebenden Gewebe gesunder Schlachtthiere hergestellt werde.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 48.)

**Diphtherie.** Einen Fall von primärer D. der Haut und der Geschlechtstheile publicirt N. Lapiner. Nachdem 3 Geschwister an Angina diphther. erkrankt waren, befiel das 4. Kind, ein Mädchen von 7 Jahren, das Leiden, indem die grossen Labien, die kleinen, Clitoris und die Haut am Orificium extern. urethrae diphtheritisch erkrankten, unter starken Harnbeschwerden. Sublimatpülungen, Orthoformsalbe, Serum. Heilung. Autor ist der Ansicht, dass eine Infection der Geschlechtstheile mit D. auch ohne vorhergegangene Verletzung der Theile von statten gehen kann, und dass gelegentlich von Hausepidemieen der Arzt die Eltern stets darauf aufmerksam machen müsste, damit rechtzeitig eingeschritten werden kann. Im obigen Falle hatten bereits 4 Tage Klagen über Schmerzen beim Uriniren bestanden, ehe die Eltern das Kind mit dem bereits stark um sich gegriffenen Leiden zum Arzt brachten.

(Djetskaja Medizina 1901 No. 2. —  
Revue der Russ. Med. Zeitschriften 1901 No. 8.)

**Erysipelas.** Streptokokkenserum (Berner, von Tavel) wandte Dr. A. Joss (Huttwyl) bei einem Falle von *E. gangraenosum* an. 2 Tage nach einer Entbindung erkrankte die Wöchnerin an Gesichtserysipel, das, begünstigt durch den Blut- und Kräfteverlust bei der Geburt, rapide Fortschritte machte, zu totaler Nekrose der Haut des rechten oberen Augenlides führte, daneben subcutane Gangraen in der Schläfengegend und hinter dem Ohr nach sich zog und, dem Orbitaldach entlang gehend, das Orbitalfett zum Theil einschmolz. Der stetig frequenter werdende Puls (von 80 im Beginn bis 130 am 7. Tage ansteigend), die beschleunigte Respiration, die Diarrhoen, die grosse Unruhe, wiesen auf eine fortschreitende Mykose hin, die am 7. und 8. Tage ihren Höhepunkt erreichte; zweifellos auf dem Blutwege (gegen manuelle Uebertragung waren strenge Vorsichts-



maassregeln getroffen) kam es zur Verschleppung der Streptokokken in einen Dammriss und ins linke Labium, wo sie im gangraenös abgestossenen Gewebe noch nachgewiesen werden konnten. Am Höhepunkt der Mykose, als antiphlogistische Behandlung und Natr. salicyl. ohne Erfolg blieben, griff die Serumtherapie ein. Der Puls war auf 130 gestiegen, als (am 7. Krankheitstage) 20 cm<sup>3</sup> injicirt wurden. Tags darauf Status idem, nochmalige Injection (10 cm<sup>3</sup>); von da ab begann der Puls allmählig zu sinken (110—105), nach der 4. Injection (10 cm<sup>3</sup>) auf 90—100, von da definitiv auf 70—60. Die Temperaturen stiegen zwar nach der 1. Injection stark (39—40° C. Abends), dagegen waren die Morgenremissionen deutlicher ausgeprägt; sobald einmal die gangraenösen Massen der Hauptsache nach abgestossen waren, sanken auch die Abendtemperaturen. Wie bösartig das E. war, zeigte der Schaden, den es am rechten Auge anrichtete: totale Zerstörung der Haut des oberen Lides, Einschmelzung des subcutanen Gewebes beider Lider, theilweise Zerstörung des Orbitalfettes und, wohl durch entzündliches Oedem, Exophthalmus mit nachfolgender Phthisis bulbi. Den günstigen Ausgang quoad vitam schreibt Autor dem Serum zu, das bei so verzweifelten Fällen sicher weiterer Versuche werth erscheint.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1901 No. 19.)

- Zur **Aetiologie und Therapie des E.** giebt M. Jerusalem einige Erfahrungen zum Besten. Ein wichtiges aetiologisches resp. prädisponirendes Moment für E., besonders für das recidivirende und habituelle, bildet die Menstruation. Das Studium der *Beziehungen zwischen Menses und E.*, an einem grossen Krankenmaterial vorgenommen, ergab folgendes Resultat: Die zeitliche Coincidenz des E. faciei mit der Periode ist sehr häufig. Unter 119 Fällen fand sich dieselbe 86 mal (72%). Es handelte sich hierbei allerdings nicht in allen Fällen um normale, durch Genitalblutung manifeste Menstruation, sondern theilweise auch um Amenorrhoeen, bei welchen die Erkrankung zur Zeit der ausgebliebenen Regel auftrat, welche letztere neben dem Intervall noch durch den typischen, von Fliess beschriebenen Nasenbefund — manchmal auch durch Nasenbluten — gekennzeichnet

war. Auch im Puerperium, in der Gravidität und im Anfange des Climacterium wurde von der Nase ausgehendes Gesichtserysipel meist entsprechend der (früher!) kritischen Zeit beobachtet. Die Recidive traten in solchen Fällen 2—6 mal, in einem Falle 8 mal auf, und zwar regelmässig in 28 tägigen Intervallen. Die Erklärung dieser Thatsachen dürfte einerseits darin zu suchen sein, dass die zur Zeit des Menses geschwellte, leicht blutende Nasenschleimhaut, besonders das vordere Ende der unteren Muschel (eine der Fliess'schen Genitalstellen) kleinen Verletzungen, Excoriationen etc. sehr leicht zugänglich ist und so der Streptokokkeninfection eine Eingangspforte bieten kann; andererseits bedingen ja die vasomotorischen Störungen und die herabgesetzte Vitalität des menstruierenden Weibes eine erhöhte Dispositionsfähigkeit für Infection überhaupt. Die Therapie (locale und allgemeine) erwies sich in diesen Fällen machtlos. Vielleicht würde als Prophylaxe solcher hartnäckiger Recidive die Fliess'sche Nasenbehandlung (Aetzung oder bipolare Elektrolyse der nasalen Genitalstellen, besonders der unteren Muschel) — in der anfallsfreien Zeit durchgeführt — zum Ziele führen. Als Therapie des E. überhaupt empfiehlt sich vorwiegend die *Behandlung mit constanter Wärme (Thermophor)*. Durch Auflegen der gewöhnlichen Kautschouk-Thermophorcompressen auf Extremitäten, Verwendung einer entsprechenden Maske bei E. des Kopfes und Gesichtes und eines sogen. Operationskissens bei E. migrans des Rückens wurden die besten Resultate erzielt. Auffallend war die schmerzstillende Wirkung, die in allen Fällen binnen kürzester Zeit eintrat. Der Process selbst lief rascher ab, als in analogen, mit anderen Mitteln behandelten Fällen. Als wichtigster Erfolg der Thermophortherapie ist der zu bezeichnen, dass bei E. der Extremitäten, das ja grosse Neigung zur Abscess- und Phlegmonenbildung hat, letztere verhindert werden konnte. In 25 mit Burow- und Alkoholumschlägen behandelten Extremitätenerysipelen trat 16 mal Vereiterung des Zellgewebes auf, in 25 analogen mit Thermophor behandelten keimmal.

(73. Naturforscherversammlung in Hamburg, Sept. 1901. —  
Centralbl. f. Chirurgie 1901 No. 47).

— Ein *E. gangraenosum penis et scroti* beobachtete Hoffmann und stellt den Pat. vor, der damit am 26. II. in die

Klinik eingeliefert worden. Er war bis zum Herbst v. J. gesund, erkrankte damals, angeblich ohne vorher ein geschlechtliches Leiden gehabt zu haben, ganz allmählig an einer Entzündung der rechtsseitigen Leistendrüsen. Anfang December brach der Bubo von selbst auf; die Durchbruchsstelle hat sich noch immer nicht ganz geschlossen, aus einer kleinen Fistel entleert sich beständig etwas Eiter. Das Leiden behinderte den Pat. aber nicht an seiner Arbeitsfähigkeit, und er fühlte sich bis zum 20. II. d. J. ganz wohl. Am Nachmittag des 21. II. erkrankte er plötzlich mit Frösteln und brennenden Schmerzen im Hodensack. Ueber Nacht schwoll zunächst die rechte Seite des Scrotums an, bald darauf auch die linke und der Penis; die Schwellung wurde rasch sehr hochgradig. Am 24. II. nahmen die vorher hochrothen Theile eine schmutzig graugelbe Farbe an, und zwar zuerst die Hodensackhaut, später die untere Fläche des Penis. Bei seiner Aufnahme befand sich Pat. in wenig gutem Ernährungszustande, hatte Temp. 37,5°. Der grösste Theil der Scrotalhaut graugelblich, dem feuchten Brande verfallen, nur die seitlichen Parthieen zum Theil noch erhalten, geschwollen und lebhaft geröthet. Auch Penis heftig geschwollen und entzündet, Haut an seiner unteren Fläche gangraenös und noch ziemlich gespannt. Am Scrotum begannen die gangraenösen Theile, welche durch nach aussen convexe Ränder begrenzt waren, sich eben von den entzündeten Parthieen abzuheben. In der rechten Leistenbeuge eine 1,5 cm tiefe, enge Fistel, wenig Eiter entleerend. Bis etwas über diese hinaus Haut geröthet, heiss, gespannt, doch wenig schmerzhaft; Begrenzung gegen die gesunde Haut nicht sehr scharf. Pat. recht apathisch, schwer besinnlich. An den inneren Organen nichts Besonderes, Urin normal, Puls 198. Am 27. II. gangraenöse Haut weniger feucht aussehend, weniger gespannt. Abstossung des Todten weiter vollzogen, Sonde drang bis 3 cm weit unter die Scrotalhaut. Nachmittags stieg unter Frösteln die Temp. auf 39,5°, man bemerkte nun ein fast bis zur Spina il. sich erstreckendes, scharf begrenztes E. Am folgenden Tage kroch das E. nach aussen etwas weiter und blasste in der Nähe des Penis ab. Die gangraenösen Hautflächen lösten sich mehr unter ziemlich starker Eiterung und waren am 1. III. soweit gelockert, dass sie mit der

Pincette abgehoben und leicht entfernt werden konnten, indem die thrombosirten Gefässe theils nach Unterbindung durchschnitten wurden. Nun lagen beide Hoden in ihrer Tunica vaginalis comm. frei beweglich am Samenstrang hängend vor; rechts in der Tunica ein 2 Markstück grosses Loch. Im Laufe der nächsten Tage stiessen sich noch kleinere gangraenöse Fetzen von dem die Samenstränge umgebenden Gewebe ab. So entstand allmählig das Bild, das jetzt zu sehen ist. Die frisch rothen, von der Tunica vagin. comm. eingehüllten Hoden liegen bis hinauf zu den Samensträngen frei zu Tage; die untere Fläche des Penis stellt eine gut aussehende granulirende Fläche dar. Die entzündliche Schwellung der Scrotal- und Penishaut ist zurückgegangen. Das E. ist auf die äussere und innere Fläche des Oberschenkels und auf die Nates fortgekrochen, indem es an den vorher ergriffenen Stellen schnell abheilte. In den letzten Tagen war die Abendtemperatur immer 38—39°, Morgens 37,3—38,3°. Behandlung: Roborantien, Verband mit in Campherwein getauchter Jodoformgaze. Was lag hier vor? In Abstrichpräparaten von der unteren Scrotalhautfläche fanden sich Streptokokken, zum Theil auch intracellulär gelagert, ebenso in einem an der Grenze der Gangraen excidirten Gewebstück. Danach und nach dem ganzen Verlauf der Affection handelte es sich wohl um ein E. gangraenosum und nicht um die französische als „Gangrène foudroyante spontanée“ beschriebene Krankheit, welche ohne bekannte Ursache scheinbar spontan zu ausgedehnter Gangraen der Haut der Genitalien führt. Die Entstehung denkt sich Autor so: Aus der Bubofistel sickerte beständig Eiter (auch in diesem fanden sich Streptokokken) zwischen Schenkel und Hodensack hinab und erzeugte hier Excoriationen, an welchen die Streptokokken ihre Eingangspforte fanden und so zu E. führten; das schnell hochgradige Schwellung des lockeren Gewebes des Scrotum und Penis bewirkte und alsbald die Gangraen nach sich zog. Aus der nach aussen convexen Begrenzung der abgestorbenen Theile ist zu schliessen, dass die Gangraen nicht lediglich eine mechanisch bedingte Folge der starken Schwellung war, sondern dass die erysipelatöse Entzündung von vornherein die Neigung zur Nekrotisirung besass, also an und für sich eine gan-

graenescirende war. Das E., welches man jetzt noch am Oberschenkel fortkriechen sieht, stellt eine Fortsetzung des Processes dar, welcher auf seiner Akme an den Genitalien die Gangraen bewirkte. Róna hat früher über einen Fall von „primärem gangraenösen E. des Penis“ berichtet, wo die Erkrankung von einer Excoriation am Penis ausging und unter hohem Fieber eine Gangraen des Penis und Scrotum herbeiführte. Er meinte, dass in den meisten Fällen der Gangrène foudroyante wohl auch ein E. voraus gegangen sei, dem die Gangraen so schnell folgte, dass man es übersähe, wenn es nicht nachträglich weiterkröche; in solchen Fällen sichere der Nachweis der Streptokokken die Diagnose.

(Gesellschaft der Charité-Ärzte 7. III. 01. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 51).

**Ichthyosis.** Ueber die Behandlung der I. liefert Dr. M. Bockhart (Wiesbaden) einen bemerkenswerthen Beitrag. Das 1878 geborene, hereditär nicht belastete Mädchen war bei ihrer Geburt gesund und blieb es bis zum 4. Lebensjahre, wo sich allmählig ein krankhafter Zustand fast der ganzen Körperoberfläche entwickelte, der sich durch Trockenheit der Haut und Bildung eigenthümlicher Hornhautschuppen äusserte. Der Hausarzt erkannte die I., ordnete aber, von der Unheilbarkeit des Leidens überzeugt, nur Oeleinreibungen und Seifenbäder an. Unter dieser Therapie verschwand die Affection zwar nie ganz, blieb aber 4 Jahre lang gebessert und geringfügig, um sich 1886 bedeutend zu verschlimmern. Jetzt übernahm Autor die Behandlung des Kindes, das mit Ausnahme des Kopfes und Gesichtes, der Gelenkbeugen, Handteller und Fusssohlen allenthalben eine typische schwere I. aufwies. Autor schlug eine *mehrfährige consequente Schwefelbehandlung* (nach Unna) vor und stellte Heilung in Aussicht. Die Pat. bekam also Morgens ein einfaches warmes Bad mit Seifenwaschung; sogleich nach dem Bade, ferner Mittags und Abends, wurde sie am ganzen Körper mit Schwefelsalbe (Sulf. praec. 10,0 : Adip. 200,0) eingerieben (unter kräftiger Massage). Dazu intern Leberthran und 2 mal im Jahr 6 Wochen lang statt der einfachen Bäder solche mit Salz (Zusatz von Kreuznacher Mutterlauge resp. Badesalz). So Behandlung vom Mai 1886 bis Mai 1889 ohne Unterbrechung. Schon  $\frac{1}{2}$  Jahr nach

Beginn dieser Cur war Pat. geheilt, doch wurde die Behandlung noch  $2\frac{1}{2}$  Jahre fortgesetzt, bis man annehmen durfte, dass Pat. vielleicht geheilt sei. Sie blieb es bloss 3 Monate. Im September 1889 Recidiv. Wiederaufnahme der Behandlung, die wieder 3 Jahre (bis 1892) durchgeführt wurde. Pat. blieb dann 6 Monate lang gesund, dann (März 1893) wieder Recidiv. Wieder 3 Jahre lang Behandlung, bis März 1896. Seitdem ( $5\frac{1}{2}$  Jahre) ist Pat. dauernd geheilt, eine blühende junge Dame, körperlich und geistig gut entwickelt. Der Fall zeigt, dass Unna mit Recht I. für eine heilbare Krankheit erklärt, falls sie frühzeitig in richtige Behandlung genommen und letztere consequent durchgesetzt wird. Freilich werden wenige Eltern diese eiserne Consequenz zeigen, wie die obiger Pat. Autor hat auch noch andere Fälle derartig zu beeinflussen versucht, doch konnte er nur Besserungen, nie definitive Heilungen erzielen, da die Behandlung, sobald die Besserung zu Tage trat, stets bald von den Angehörigen für überflüssig angesehen wurde. Bei schon älteren Pat. mit schon lange bestehender I. waren Heilungen nicht zu erzielen; offenbar ist eben I. nur heilbar, wenn sie frühzeitig behandelt wird.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 No. 12 Bd. 33.)

### **Menstruationsstörungen.** Glaskörperflocken bei

**Amenorrhö** beobachtete Dr. R. Bylsma (Middelburg) bei einer 16jähr. Schülerin, die ihn consultirte, weil sie seit ca. 8 Wochen, insbesondere am Abend, an Mouches volantes leide. Augen äusserlich gesund; Visus rechts und links =  $\frac{6}{6}$ ; Snellen 0,5 wird fliessend gelesen; Emmetropie. Rechtes Corpus vitreum über voll von grossen und kleinen Flocculis, welche sehr beweglich sind; links nur wenig kleine Flocken. Retina anaemisch, sonst, gleichwie die Chorioidea, normal. Tadellose Farbenperception, keine Gesichtsfeldeinschränkung. Die Menstruation blieb zum 3. Male aus. Herz und Nieren gesund. Pat. sieht chlorotisch aus, ist appetitlos. Roborirende Diaet, Eisen, Jod; Sorge für Stuhlgang, Bewegung im Freien, 1 mal pro Woche ein prickelndes Fussbad, Diaphorese. Rasch Resorption. Als aber die Menstruation zum 4. und 5. Male ausblieb, immer wieder bedeutende Zunahme der Flocken. Fort-

14\*

setzung der Therapie. Eclatanter Erfolg! Nach 3 Wochen Eintritt der Menstruation, schleuniges Verschwinden der Flocculi, sodass jetzt nach 8 Monaten (Menstruation jetzt regelmässig) nur auf dem rechten Auge ein paar Flöckchen vorhanden sind, welche der Pat. keine Beschwerden verursachen.

(Wochenschrift für die Therapie u. Hygiene des Auges. 14. XI. 1901).

— Ueber das Wesen der Dysmenorrhö lässt sich Prof. Dr. Menge (Leipzig) aus. Er unterscheidet 2 Arten der Dysmenorrhö: die von Erkrankungen des Genitalapparates sicher unabhängige „idiopathische“ und die durch Genitalerkrankungen bedingte „secundäre.“ Diese beiden aetiologisch anscheinend völlig verschiedenen Formen der Dysmenorrhö haben aber in ihrem ganzen Charakter, in ihrem Auftreten und in ihrem Verlauf eine so grosse Aehnlichkeit mit einander, dass sie doch bis zu einem gewissen Grade in ihrem Wesen verwandt sein müssen. Diese Verwandtschaft erblickt Autor darin, dass *alle Dysmenorrhöen auf eine „menstruelle Weenthätigkeit des Uterus“ zurückzuführen* sind, dass bei jeder einzelnen Menstruation, auch wenn sie bei gesundem Genitalapparat völlig schmerzlos verläuft, die Uterusmusculatur sich in einzelnen Zeitzwischenräumen zusammenzieht. Bedingt werden diese Contractionen wohl hauptsächlich durch das Menstrualblut, das als Fremdkörper empfunden wird, gegen den der Uterus mit Contractionen reagirt. Letztere sind bei somatisch und psychisch gesunden Frauen insensibel, sie werden höchstens als etwas Unbehagen empfunden, dysmenorrhöische Schmerzen aber treten unter folgenden Verhältnissen ein:

1. Bei den functionellen Störungen des Nervensystems, Hysterie und Neurasthenie, auch bei völlig gesundem Genitalapparat. Das geschwächte Centralorgan ist dann überempfindlich, es besteht Hyperaesthesia uteri centralen Ursprungs, und diese bedingt die *nervöse Dysmenorrhö*, die sich sogar häufig direct als hysterisches Stigma diagnostisch verwerthen lässt.

2. Bei pathologischen Veränderungen des Genitalcanals, welche, wie Verlegungen, Verengungen und Verschliessungen der Cervix, ein räumliches Missverhältniss zwischen Menstrualblut und Abzugscanal be-

dingen. Der stockende Fremdkörper veranlasst hier Muskelcontractionen, welche in ihrer Intensität das physiologische Maass weit überschreiten und so auch von einem gesunden Centralnervensystem schmerzhaft empfunden werden, — *mechanische Dysmenorrhö*.

3. Bei pathologischen Veränderungen der Beckenorgane, die mit einer solchen Empfindlichkeit einzelner Theile verlaufen, dass schon die nicht verstärkten Uteruscontractionen durch Verschiebung, Verzerrung, Pressung jener Theile Schmerzen verursachen, selbst bei gesundem Centralnervensystem, — *Dysmenorrhoea inflammatoria*.

Natürlich können sich diese 3 Arten unter einander combiniren, was dann eine Steigerung der Schmerzen bedeutet. Dass die menstruelle Wehentätigkeit aber für das Zustandekommen eines jeden, speciell auch des nervösen (idiopathischen) dysmenorrhöischen Schmerzes Vorbedingung, andererseits jedoch hier auch der Zustand des Centralnervensystems eine grosse Rolle spielt, das geht wohl aus folgenden That-sachen hervor:

I. Der dysmenorrhöische Schmerz hat die grösste Aehnlichkeit mit dem Geburtsschmerz. Beide sind ferner besonders von 2 Dingen abhängig: Von der Grösse der zu überwindenden Widerstände und von der Beschaffenheit des Centralnervensystems. Bei grossem Widerstande sind die Geburtswehen stark und der Contractionsschmerz gross, auch bei gesundem Nervensystem. Bei geringem Widerstande und normalem Nervensystem kann der Geburtsschmerz sogar völlig fehlen (schmerzfreie Geburten!). Andererseits erlebt man bei Kreissenden mit functionellen Neurosen oft trotz geringer Widerstände und schwacher Wehen sehr grosse Schmerzen.

II. Der dysmenorrhöische Schmerz hat auch grosse Aehnlichkeit mit dem Schmerze, der empfunden wird, wenn der Uterus eigene Bildungen, die ihm zu Fremdkörpern geworden sind, wie Polypen, deciduale Membranen etc., ausstösst oder wenn von aussen Fremdkörper, wie Quellstifte, Gaze, Sonden in den Uterus eingeführt werden.

III. Der dysmenorrhöische Schmerz wird erfahrungs-



gemäss gesteigert, wenn das Menstrualblut nicht flüssig, sondern in Gerinnseln abgeht.

IV. Die heftigsten Dysmenorrhoeen beobachtet man auch bei gesundem Centralnervensystem, dann, wenn der Abfluss des Blutes völlig behindert ist.

V. Der dysmenorrhoeische Schmerz wird bei normalem Genitalverhalten sehr häufig nur zu Anfang der Periode empfunden. Wenn der Widerstand der Schleimsäule des Cervicalcanals überwunden ist und das Menstrualblut frei fliessen kann, dann hört der Schmerz oft ganz auf oder wird wenigstens gemildert. Andererseits kommt es auch vor, dass der Schmerz erst dann beginnt, wenn schon einige Zeit hindurch das Menstrualblut abgeflossen ist. Hier spielt neben Differenzen im Nervenstatus der Wechsel in der Gerinnselbildung eine Rolle, und beide Punkte kommen auch in Betracht bei der Thatsache, dass bei derselben genitalgesunden Frau trotz gleichbleibendem Genitalstatus grosse Schmerzensdifferenzen bei den einzelnen Menses sich zeigen.

VI. Bei jungen Mädchen und jungen nulliparen Frauen mit engem, aber sonst normalem inneren Muttermund sind starke Dysmenorrhoeen relativ häufig, und gleichzeitig ist die Conception erschwert. Nicht selten wird hier durch Sondirung oder Dilatation des Cervicalcanals, durch die Discision des Orificium internum oder durch die Abrasio mucosae die Dysmenorrhoe geheilt oder gemildert und gleichzeitig die Sterilität beseitigt; aber die günstige Wirkung dieser Eingriffe auf die Dysmenorrhoe ist auch oft nur eine vorübergehende; dauernde erfolgt vielfach erst durch eine sowohl die Cervix dauernd dilatirende, als auch die Psyche mächtig beeinflussende Geburt. Manchmal erreicht man Heilung oder Besserung durch eine das Nervensystem kräftigende Allgemeinbehandlung, wenn die locale Therapie mehr oder weniger völlig versagte. Häufig ist aber die definitive Heilung nur durch combinirte (allgemeine und locale) Behandlung zu erzielen.

VII. Die sicher reine mechanische Dysmenorrhoe, wie sie bei acquirirten Stenosen und Verschlissungen des Cervicalcanals zur Beobachtung kommen kann, lässt sich ebenso, wie die sicher reine inflammatorische

Dysmenorrhö nur durch eine causale Behandlung beseitigen.

Aus alledem ergibt sich: *Keine Menstruation und keine Dysmenorrhö ohne Wehe, aber auch zahlreiche Dysmenorrhöen nur die Folge eines kranken Nervensystems!* Die nervöse Dysmenorrhö ist zweifellos die häufigste Form des Menstruationsschmerzes, entsprechend der enormen Verbreitung der Hysterie und Neurasthenie. Für die *Behandlung* ergeben sich ferner folgende Gesichtspunkte: Sie muss natürlich in erster Linie eine causale sein, und diese wird bei der rein mechanischen und rein inflammatorischen Form die Hauptsache bleiben. Sehr häufig wird aber schon allein infolge der enormen Verbreitung der Nervenschwäche, ausserdem noch infolge des schädlichen Einflusses der immer wiederkehrenden Koliken auf die Psyche jede dieser Formen mit der nervösen combinirt sein. Deshalb muss, wenn irgendwelche Zweifel über die Natur der Dysmenorrhö bestehen, ebenso wie bei den der Zahl nach weit überwiegenden Fällen von offensichtlich nervöser Dysmenorrhö *zunächst immer eine Behandlung des Nervensystems* angebahnt werden, durch diätetische Maassnahmen (Mastcuren!), physikalische Heilfactoren (allgemeine Massage, Hydrotherapie, Gymnastik), Loslösung der Pat. von der gewohnten Thätigkeit und Umgebung u. s. w. Daneben kommen aber bei den combinirten Formen auch stets locale Maassnahmen in Betracht, ohne die der Schmerz nie völlig schwindet und das Nervensystem nicht gesundet; denn letzteres geschieht nicht eher, als bis die auf mechanischer Basis beruhenden verstärkten oder die in der Stärke zwar normalen, aber durch entzündliche Veränderungen der Beckenorgane schmerzhaft gewordenen menstruellen Uteruscontractionen aufhören, der Psyche gegenüber als Traumata zu wirken. — Ueber *Cocainisirung der Nasenschleimhaut* bei Dysmenorrhö hat Autor nur vereinzelte Erfahrungen. Die Wirkung der Maassnahme ist zuweilen eine eclatante, doch lässt sie auch im Stich. Eine besondere „nasale Dysmenorrhö“ giebt es wohl nicht, und bei der Cocainisirung wird der nervöse Menstrualschmerz wohl im Wesentlichen durch Suggestivwirkung, zum Theil vielleicht auch durch Narkosenwirkung unterdrückt. (Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 50.)

**Morbilli.** Eine 20jähr. Pat. mit **Stenose der Vagina** infolge von **M.** demonstrierte Prof. Rille. Im Alter von 10 Jahren soll sie **M.** durchgemacht haben; von dem Veränderungszustande in der Vagina selbst ist ihr nichts bekannt, da derselbe mit keinerlei subjectiven Erscheinungen verbunden ist, Pat. menstruiert ist u. s. w. Die Stenose kann nur auf einen als Folgekrankheit der **M.** aufgetretenen entzündlichen oder gangraenösen Process der Scheidenschleimhaut zurückgeführt werden. Atresieen der Scheide können, wie Kussmaul zuerst behauptet hat, schon durch intrauterine Entzündungen entstehen, ein Vorgang, der aber von anderen für unbewiesen erklärt wird. Da sich embryologisch aus der Entwicklung der weiblichen Genitalorgane nach Verschmelzung der beiden Hälften zu dem bilateral symmetrischen Genitalorgan die Aetiologie der Atresieen nicht erklären lässt, so erblicken die meisten als Ursache solcher Atresieen, Stricturen und Stenosen eine im späteren Leben durchgemachte Entzündung der Scheide, wie sie namentlich in acut exanthematischen Infectiouskrankheiten oder Diphtherie gegeben ist.

(Wissenschaftl. Aorztagesellschaft in Innsbruck, 14. VI. 1901. —  
(Wiener klin. Wöchenschrift 1901 No. 49.)

- Die **Koplik'schen Flecken** werden in ihrer *grossen diagnostischen Bedeutung* noch viel zu wenig in der Praxis gewürdigt, weshalb jetzt Privatdoc. Dr. E. Feer (Basel), seine Beobachtungen mittheilend, noch einmal auf jene aufmerksam zu machen bestrebt ist. Er hat seit 4 Jahren in etwa 200 Masernfällen nach jenen Flecken geforscht, aber erst im letzten Jahre sich Notizen gemacht, d. h. über 75 Fälle von **M.**, von denen 67 jenes Zeichen aufwiesen. Die Erkennung der Flecken erfordert einige Übung und genaues Zusehen, am besten bei hellem Tageslicht am Fenster, und indem man bei weitgeöffnetem Munde die Wangenschleimhaut mit dem Stiele eines kleinen Löffels von den Zähnen abhebt. Der bevorzugte Sitz der Flecke ist nämlich die Wangenschleimhaut, hauptsächlich gegenüber den unteren Molarzähnen und von diesen verdeckt; sehr gern sitzen sie auch gegenüber den oberen Backenzähnen oder in der Nähe der Mündung des Stenon'schen Ganges. Sie bilden bläulichweisse oder weisse, runde, leicht erhabene, der Schleimhaut aufgelagerte Punkte oder kleinste Flecken,

meist mit einem schmalen Saum gerötheter Schleimhaut umgeben, bisweilen auch in einer linsengrossen rundlichen Röthung der Schleimhaut gelegen. Oft, besonders im Beginn ihres Erscheinens, sind sie sehr klein und spärlich, etwa 3—8 jederseits; gewöhnlich werden sie aber nach 1—2 Tagen grösser und zahlreicher, werden an der gesammten Wangenschleimhaut und auch an den Lippen sichtbar. In der Regel erscheinen sie spätestens 1 Tag vor Ausbruch des Hautausschlages, meist schon 2 Tage vorher, oft auch schon 3 Tage vorher, noch früher nur selten. Am 1. Tage der Eruption sind sie fast stets noch vorhanden, verschwinden dann aber rasch und sind oft schon am 2. Tage der Eruption nicht mehr da, am 3. Tage nur selten noch. Ausser bei M. wurden sie vom Autor niemals entdeckt, auch bei den Rötheln nicht. Ihre Erkennung ist bei einiger Uebung leicht. Am ehesten giebt beginnender Soor zu Verwechselungen Anlass. Diese kleinen Soorflecken entbehren aber den rothen Saum, und wenn sie grösser geworden, unterscheiden sie sich leicht durch ihre rein weisse Farbe, ihre unregelmässige Form und das Zusammenfliessen. Ferner findet man manchmal kleine weissliche Punkte, noch kleiner als die Kopliks, und meist erst beim Anspannen der Schleimhaut erkennbar; sie sind aber der letzteren eingelagert, entbehren den rothen Saum und bleiben lange Zeit unverändert. Eine weitere, sich gerade bei M. oft einstellende Mundaffection ist eine florartige weisse Auflagerung, durch starke Epithelabschilferung hervorgebracht, die „Stomatite érythémato-pultacée“ von Comby, hauptsächlich am Zahnfleisch und den anstossenden Theilen der Mundschleimhaut localisirt als zusammenhängende, leicht in Fetzen ablösbare Haut, worunter die Schleimhaut gelockert und geröthet, seltener blutend erscheint. Die Affection stellt sich 1 Tag oder auch früher vor dem Hautausschlage ein und bleibt bis zum Ablauf desselben bestehen. Sie ist für M. nicht pathognomonisch, sondern auch bei Angina, Influenza, etc. manchmal zu finden. Das Schleimhaut-exanthem der M. selbst, das „Enanthem“, bekanntlich oft 1 Tag vor dem Ausbruch des Hautexanthems, bisweilen 2 Tage vorher im Munde, am deutlichsten auf dem weichen Gaumen auftauchend, ist ebenfalls werthvoll für die Frühdiagnose der M., ist aber nicht so

häufig, nicht so typisch wie die Kopliks und erscheint meist später. Jedoch waren bei 2 Fällen Feer's noch keine Kopliks da 2 Tage vor der Hauteruption, wohl aber mehrere linsengrosse Enanthemflecken in der Wange, zusammen mit dem Katarrh M. ankündigend. Während aber das Enanthem gewöhnlich nur bei gleichzeitigem starken Prodromalkatarrh ausgesprochen auftritt, sind die Kopliks davon viel unabhängiger; in einer Anzahl von Fällen diagnosticirte Autor aus Kopliks M., wo sonst nichts auf dieselben hindeutete. Nach Feer's und Anderer Erfahrungen erscheinen diese Flecke bei M. so regelmässig, dass der Schluss berechtigt ist: *Die Kopliks treten bei M. ausnahmslos oder fast ausnahmslos auf; sie bilden das beste Kennzeichen und sind untrüglich; sie erlauben die Diagnose M. mit Sicherheit, und zwar meist schon 1—3 Tage vor dem Exanthemausbruch.* Sie besitzen deshalb auch für die *Prophylaxe* hervorragende Wichtigkeit. Die Ansteckung geht meist schon 1—3 Tage vor dem Exanthemausbruch von einem Masernfalle aus, sodass die Absperrung erst bei Auftreten des Exanthems fast stets nutzlos ist; dank den Kopliks gelang es Feer mehrmals, die Geschwister vor Ansteckung zu bewahren durch Isolirung des Pat. 2—3 Tage vor dem Exanthem. Diese Verhütung der Ansteckung ist aber bei ganz jungen Kindern, sowie bei älteren, aberschwächlichen, kränklichen (Tuberculose!), wo die M. meist recht infauste Prognose bieten, von grösster Bedeutung.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 1901 No. 23.)

- Ueber das **Stillen der Säuglinge durch Mütter, die an Infektionskrankheiten leiden**, äussert sich Roger in seinem Jahresberichte: „Wie in früheren Jahren sahen wir inficirte Mütter ihre Kinder stillen. 12 an Scarlatina, 5 an Masern und 1 an Angina erkrankte Frauen fuhren fort, ihren Kindern die Brust zu geben. Kein einziger Säugling bot nennenswerthe Störungen dar. Daher halten wir uns zu der Annahme berechtigt, dass dieses Verfahren den Vorzug vor der künstlichen Ernährung verdient, deren üble Wirkung besonders in der ärmeren Klasse zur Genüge bekannt ist.“

(Revue de Médecine de juillet. —  
Therap. Monatshefte 1901 No. 12.)

**Obstipatio.** Ruhecuren zur Behandlung schwerer O. empfiehlt Prof. J. Boas (Berlin). Speciell handelt es sich hier um die *neurogene O.* bei Neurasthenikern männlichen oder weiblichen Geschlechts, die unter dem Einfluss einmaliger oder wiederholter psychischer Schädigungen zusammengebrochen sind und nun in allmählig zunehmendem Maasse über habituelle O. klagen. Zuweilen hatten geringere Grade davon schon früher bestanden, die hochgradige, allen Mitteln trotzen O. kann aber in der Regel auf einen bestimmten psychischen Choc zurückgeführt werden (*emotionelle O.* nach Rosenbach). Daneben kommen aber gleichfalls schwere Fälle von O. bei mehr chronischen Neurasthenikern, namentlich denen mit nervöser Dyspepsie vor, bei Kranken, die schlecht ernährt sind, theils aus Essfurcht, theils aus unbehaglichen Empfindungen nach der Nahrungsaufnahme. Bei diesen ist die habituelle O. eigentlich eine künstliche. Bringt man solche Pat. einmal wieder zum Essen, überzeugen sie sich, dass sie auch die gefürchteten „schweren“ Speisen vertragen, so hat man ohne jedes Abführmittel einen raschen Sieg. Schwieriger steht es um die emotionelle O., doch bewährte sich hier eben die Ruhecur als ausgezeichnete Methode. Sie wird am besten in einer Heilanstalt durchgeführt, doch kann man von einer solchen schliesslich absehen unter günstigen häuslichen Verhältnissen, namentlich bei möglicher Isolirung des Pat. (auf der Autor grundsätzlich besteht) und bei geeigneter Ueberwachung durch eine zuverlässige Pflegerin. Man beginnt nun sofort mit Entziehung der Abführmittel, Klystiere etc. Die Ernährung muss für jeden Tag und jede Mahlzeit genau und in Gegenwart des Pat. besprochen werden (sie sei natürlich den Grundsätzen angepasst, welche für Heilung schwerer O. in Frage kommen!). Jeder Krankenbesuch ist in den ersten 14 Tagen der Cur, die sich im Ganzen auf 4—6 Wochen erstreckt, streng zu untersagen. Pat. verlässt das Bett in den ersten 14 Tagen überhaupt nicht, später mit zunehmender Besserung kann man je nach den Umständen einige Zugeständnisse machen. Auf Gewichtssteigerung wird kein Werth gelegt, wohl aber auf pünktlichste Einnahme der geschmackvoll und abwechslungsreich zubereiteten Mahlzeiten. Der Cur soll eine gründliche Reinigung des Dickdarmes mit mehreren Litern Seifenwassers

vorausgehen. Meist erfolgt schon innerhalb der ersten 24 Stunden zur grössten Ueberraschung des Pat. die erste ergiebige Defaecation. Und hat man so sein Vertrauen sich gesichert, so bleibt der Erfolg meist nicht aus, obwohl es sich meist um aufgegebene Fälle handelt, bei denen schon alles nur Mögliche erfolglos angewandt wurde. Freilich spielt bei der Cur die Persönlichkeit des Arztes eine grosse Rolle mit, doch ist auch die absolute körperliche und geistige Ruhe, das Losgelöstsein von allen hemmenden Einflüssen im Verein mit der Ordnung und Zeiteintheilung der rationell und zielbewussten Nahrung keineswegs zu unterschätzen.

(Die Krankenpflege I, 3.)

- **Cascarin**, das wirksame Princip der Rinde von Cascara Sagrada, das Leprince entdeckte und darstellte, hat Dr. Fr. Kluk-Kluczycki (Wilhelminen-Spital Wien) mit Erfolg angewandt. Was die Dosirung betrifft, so empfiehlt Tison anfangs Abends 2 Pillen und nach Erlangung eines geregelten Stuhles je 1 Pille vor den Hauptmahlzeiten. Die von Leprince dargestellten Pillen, die im Magen leicht löslich sind, enthalten je 0,1 g Cascarin. Nogné giebt Kindern über 2 Jahren 0,01—0,05 g je nach dem Alter, Erwachsenen 0,1—0,3 pro dosi, und zwar bei habitueller O. durch 10 Tage lang. Bei einfacher O. nimmt man vor jeder Mahlzeit 1—2 Pillen bis zum Eintritt ausgiebigen Stuhles. Für Kinder und Pat., die Pillen nicht nehmen können, giebt es ein wohlschmeckendes Elixir (1 Esslöffel = 0,1 g Cascarin). Kluk-Kluczycki verwendet das Cascarin seit  $\frac{1}{2}$  Jahr sowohl bei O. infolge einfacher Dyspepsie, als auch bei allen Fällen, die theils durch verminderte Magensaftsecretion, theils durch mangelnde Gallenabsonderung bedingt waren. Die Verdauungsfunktion des Magens und Darms litt dabei nie, im Gegentheil wurde oft genug Steigerung der Esslust constatirt. Der Stuhl stellte sich ohne schmerzhaftes Sensationen in leichteren Fällen nach 5, in schwereren nach etwa 10 Stunden in breiiger Form ein, oft folgte nach 2—3 Stunden eine weitere Defaecation. Mitunter genügte eine einmalige Dosis für 2 Tage. Gewöhnung trat nicht ein. Die besten Erfolge erzielte Autor in Fällen von secretorischer Insufficienz der Leber, bei Icterus cata-

rrhalis, Stauungsleber und in den verschiedenen Stadien der Lebercirrhose, endlich bei einfacher Magendarmatonie zur Unterstützung der physikalischen Behandlung.

(Wiener klin. Rundschau 1901 No. 51.)

**Paralyse.** Ein neuer Fall von Facialisparesie nach spontaner Geburt wird publicirt von Dr. O. Gröné (Lund, Univers.-Frauenklinik). Er ist besonders dadurch interessant, dass er der erste ist, wo die *Geburt in Gesichtslage* verlief, und die Ursache der Lähmung unzweideutig ist. Die Geburt verlief sehr langsam. Bei der Untersuchung des Beckens fühlte man hinter der Symphyse, rechts von der Mittellinie, eine kräftige Exostose von glatter Oberfläche und senkrechtem Verlauf, parallel der Schambeinfuge sich hinziehend; sonstige Zeichen einer Beckenverengerung nicht nachweisbar. Die periphere linksseitige Facialisparesie musste hier durch Druck von seiten jener Exostose entstanden sein. Bei der langsamen Geburt und der Einstellung des Kopfes, wo die linke Gesichtshälfte der vorderen rechten Beckenwand anlag, ist es leicht erklärlich, dass der linke Facialis an irgend einer Stelle gegen die Knochenleiste gedrückt wurde. Eine Drucknarbe am Kopf war freilich nicht zu finden; indessen war die Oberfläche der Exostose glatt gerundet, und es sind ja doch auch Fälle bekannt, wo auch nach Zangenentbindungen P. entstanden, ohne dass man Druckspuren entdeckte. Meist ist ja an diesen P. ein enges Becken schuld; es ist aber klar, dass eine Exostose an der geeigneten Stelle dieselbe Wirkung haben kann.

(Centralblatt für Gynaekologie 1901 No. 45).

- Einen Fall von einseitiger Ptosia amyotrophica demonstriert Salomonsohn. Die 26 jähr. Frau leidet an einer sehr seltenen Form der Ptosia, die zwar schon Gowers gesehen, aber zuerst Goldzieher (1890) als besonderes Krankheitsbild, als Ptosia amyotrophica beschrieb, unter Anführung von 2 Fällen; dann sah noch Fuchs 5 Fälle dieser „isolirten Ptosia“ und Sillex 2 Fälle der „progressiven Levatorlähmung“. Diese Ptosia unterscheidet sich von anderen Levatorlähmungen zunächst durch die höchst langsame Entwicklung; es dauert viele Jahre, ehe sie sich vollständig ausgebildet hat. Hier begann



das Leiden mit einer gewissen Schwere im rechten Oberlid im 15. Lebensjahre, also vor 11 Jahren. Allmählig fiel dann dies Lid mehr und mehr herab, aber die Ptosis ist auch heut noch keine totale. Wenn das Lid auch meist schlaff und faltenlos herabhängt, so ist doch Pat. bei Aufforderung oder Erregung im Stande, es soweit zu heben, dass der untere Rand der Pupille frei wird. Diese Bewegung erfolgt aber auch wirklich durch den Levator palpebrae und nicht etwa mit Hilfe des Frontalis, denn sie wird durch eine Fixation der Augenbraue am Orbitalrande nicht verhindert. Ein weiteres Kennzeichen der Affection besteht in einer Verdünnung des ganzen Lides und Einsinken desselben unter den oberen Orbitalrand infolge Schwundes des subcutanen orbitalen Fettgewebes. Die Atrophie des Lides, welche soweit gehen kann, dass man durch das Lid hindurch die Pupille zu erkennen vermag, lässt sich hier vorläufig nicht sicher feststellen, weil beide Lider überhaupt recht dünn sind, entsprechend der gesammten Magerkeit der Pat. Dagegen ist die Einziehung der oberen Lidhaut in die Orbita gut zu constatiren. Wesentlich für die Diagnose ist endlich die Isolirtheit der Affection trotz langen Bestandes. Auch hier haben sich keine Anhaltspunkte für anderweite Nervenleiden, etwa beginnende Tabes oder progressive Paralyse finden lassen, auch sonstige Muskelatrophieen sind nicht nachweisbar. Es handelt sich also hier offenbar um dies Leiden, obwohl hier die Ptosis einseitig ist, in den bisherigen Fällen aber stets doppelseitig war, und hier der Beginn in die Pubertät fällt, in den bisherigen 9 Fällen jedoch es sich um Pat. von 30—60 Jahren handelte. Ueber das Wesen des Leidens herrscht noch Dunkel, doch spricht alles für die musculäre Natur desselben. Eine cerebrale Localisation würde für die doppelseitigen Fälle 2 symmetrisch gelegene Herde verlangen, weil ein gemeinsames Centrum für beide Levatoren nicht bekannt ist. Dies würde, wenn vorhanden, wieder in diesem Falle nicht erkrankt sein können. Für den musculären oder wenigstens peripheren Sitz spricht dagegen die langsame Entwicklung und die Atrophie der Weichtheile. Therapeutisch begnügt man sich mit der mechanischen Hebung des Lides: Autor gab hier eine Ptosisbrille, die auch den zu stellenden Ansprüchen zu

genügen scheint. Was den Namen des Leidens anbelangt, so ist der Fuchs'sche nicht prägnant genug, weil isolirte Ptosis auch sonst, z. B. bei Tabes incipiens, progressiver Paralyse, Traumen, Trachom und congenital vorkommt, der Silex'sche insofern nicht zweckmässig, als wir „progressiv“ sagen bei Affectionen, die von einem Organ zu anderen fortschreiten, während hier gerade das Isolirtbleiben charakteristisch ist.

(Berliner med. Gesellschaft, 4. XII. 1901. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 51.)

- Von Jodipin sah Dr. Rubinstein (Medenice) einen frappanten Erfolg bei einem Falle von peripherer *Facialisparalyse* bei einem 58jähr. Mann, bei dem plötzlich während der Arbeit diese nebst Parese der oberen und unteren Extremität der anderen Seite sich entwickelt hatte. Pat. bekam Jodipin (10%) 3 mal tägl. 1 Kaffeelöffel, worauf nach 10 Tagen die Facialisparalyse sowie die Paresen verschwunden waren.

(Medico 1901 No. 34.)

**Pruritus.** Einen Fall von localem P., hervorgerufen durch einen Hühnerparasiten, beobachtete C. Rasch (Kopenhagen). Eine Dame vom Lande klagte über eine durch heftiges Jucken auf beiden Unterarmen sich äussernde Hautaffection. Objectiv nur zahlreiche durch Kratzen entstandene längliche Excoriationen, zerstreute Pigmentirungen, diffuse geringe Hautschwellung nachweisbar. Das Leiden bestand seit 8 Monaten, anfallsweise jeden Nachmittag und Abend auftretend. Da Pat. sehr nervös und arthritisch disponirt war, auch an chron. Colitis mit Obstipation litt, hielt Autor das Leiden für auto-toxisches Hautjucken und rieth zu einer Vichycur, verbunden mit geeigneter Diaet, local verordnete er spirituöse Theerlösung und Zinkpaste. Er sah Pat. erst nach 1 Jahr wieder. Das Leiden bestand noch fort. Eine erneuerte Anamnese brachte jetzt heraus, dass Pat. täglich 1 Stunde damit zubrachte, ihren Hühnerhof rein zu machen, und dass die Hühner sehr mit Läusen behaftet seien, die stets nach der Arbeit in mehreren Exemplaren auf der Pat. Armen zu finden seien. Als Pat. 6 Wochen nicht in den Hühnerhof ging, verschwand die Hautaffection, die frühere Beschäftigung brachte es wieder, ein Experiment, das wiederholt

gelang. Es handelte sich um den bei Hühnern oft vorkommenden Mallophag *Menopon pallidum* Nitxsch, den man häufig auf der Haut solcher Personen, die viel mit Hühnern umgehen, sieht, der aber hier höchstens mal vorübergehendes Jucken verursacht. Um eine wirkliche Hautaffection hervorzurufen, verlangt der sonst harmlose Parasit zweifellos eine abnorme Sensibilität der Haut, wie es hier bei der äusserst nervösen Pat. der Fall war.

(Dermatalog. Centralbl. Decemb. 1901.)

- Ueber **P. senilis linguae** lässt sich Doc. Dr. E. Baumgarten (Budapest) aus. Das ist eine recht seltene Affection, die man erst diagnosticiren darf, wenn andere Leiden sicher ausgeschlossen werden können, die aber auch ohne P. der Haut vorkommt. Wir müssen also vorher den ganzen Körper, zunächst aber die Zunge selbst und ihre Nachbarschaft gründlich untersuchen, um event. andere Quellen der Zungenbeschwerden ausfindig zu machen. So kann eine Spiegelung der Zungenwurzel Entzündung der Zungentonsille entdecken lassen, ihre Hypertrophie etc. Die davon herrührenden Beschwerden hören sofort auf, wenn die Zungentonsille behandelt wird. Ektatische Venen an der Zungenwurzel können besonders häufig Ursache zu Klagen über Schwellung, Stumpfsein, brennendes Gefühl, Schmerzen in der Zunge abgeben. Diese Venenektasie pflegt nun ihrerseits nicht eine selbständige Erkrankungsform zu sein, sondern Folge einer allgemeinen Circulationsstörung, sodass Localtherapie wenig Erfolg hat. Häufige Ursachen für Zungenbeschwerden geben ferner ab schlechte Zähne, wundes Zahnfleisch, ein schlechtes künstliches Gebiss (schlecht sitzend, schlechtes Material u. s. w.), noch häufigere aber Magen- und Darmleiden, bei denen oft genug Brennen, Stechen, Schmerzen, Jucken der Zunge sich geltend machen. Wenn hierbei Zungenbelag nicht vorhanden, wird die Aetiologie oft nicht erkannt. Auch Obstipation spielt eine grosse Rolle (eine Cur in Karlsbad oder Marienbad macht den Zungenbeschwerden ein Ende), dann Circulationsstörungen in Darm, Leber, Herz etc., Allgemeinleiden (Trockenheit der Zunge bei Diabetes!) Endlich bekommen Frauen im Climacterium öfters Zungenbe-

schwerden. Schon vor Jahren wies Autor darauf hin, dass Pharyngitis sicca eine häufige Begleiterin des Climacteriums ist; aber auch Trockenheit, Brennen, unangenehme Gefühle an der Zunge kommen hier vor, desgleichen bei unregelmässiger Menstruation, Uterusleiden, Gravidität, wo ein reflectorischer Ursprung angenommen werden muss. Einfache Neuralgie der Zunge ist sehr selten, häufig aber hysterische und neurasthenische Paraesthesien und Hyperaesthesien der Zunge. Auch bei Männern treffen wir nervöse Zungenbeschwerden, doch spielen hier meist tiefere Erkrankungen des Nervensystems (Tabes, Paralyse) eine Rolle. Es kommen auch Fälle vor, wo man anfangs objectiv nichts wahrnimmt, nach einiger Zeit aber sich, sei es in der Mundhöhle allein oder hier sowie am Körper, schlimmere Eruptionen entwickeln, wie Herpes, Pemphigus. Ist alles dies auszuschliessen, dann kommt der P. linguae in Betracht, den Autor allerdings unter 3000 Pat. der letzten 3 Jahre nur 2 mal constatirte, bei 2 Frauen. Bei der ersten bestanden nur Jucken und Brennen auf der Zunge, welche sich durch keinerlei Maassnahmen (Jodkali, Cocain, Massage mit Perubalsam, Elektrizität u. s. w.) beseitigen liessen. Bei der zweiten kamen zum Jucken und Brennen noch Schmerzen hinzu, auch hier half nichts. Besonders das Jucken war furchtbar quälend, die 65jähr. Frau flehte um Beseitigung desselben, die aber nicht gelang. Nach einiger Zeit bemerkte Autor, dass sich Pat. auch am Arm kratzte, später trat das Jucken auch an anderen Stellen noch ein, während die Zungenbeschwerden nachliessen. Nirgends war objectiv etwas wahrzunehmen, sodass man also auch hier nur P. annehmen konnte.

(Orvosi Hetilap 1901 No. 42. — Ungar. med. Presse 1901 No. 34.)

**Syphilis.** Einen Fall von S. des Oberkiefers stellt Tietze vor. Der 15jähr. Pat., bis dahin stets gesund und angeblich aus gesunder Familie stammend, wurde vor einigen Wochen ins Spital geschickt mit der Diagnose „retromaxillärer Tumor“. Und in der That sprach der ganze Befund dafür. Es fand sich eine starke Protrusio bulbi linkerseits, eine deutliche Anschwellung vor dem Kiefergelenk, unterhalb des Jochbogens, eine stark erschwerte Nasenathmung, und im Nasenrachenraum

fühlte man einen Tumor. Auffallend war allerdings, dass dieser letztere die Schädelbasis frei liess und vom Keilbeinflügel auszugehen schien; ferner, dass die erschwerte Nasenathmung sicher nicht auf einen hier befindlichen Tumor zurückzuführen war, sondern augenscheinlich nur von einer starken Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut herrührte. Vielleicht wäre Pat. aber doch operirt worden, wenn sich nicht unter dem linken Auge auf der Wange ein langgestrecktes, halbmondförmiges, quergestelltes Geschwür gefunden hätte, das mit seinem tiefen Grunde, seiner scharfen Begrenzung und seinen wallartig aufgeworfenen Rändern alle Zeichen einesluetischen Geschwürs aufwies. Nun diagnosticirte man Periostitis syphilitica. Die Anamnese blieb freilich negativ, wenn es auch bemerkenswerth war, dass die Anschwellung sehr allmählig im Laufe von 2 Jahren entstanden sein sollte. Am Körper fand sich kein Zeichen von S. Vom sonstigen Befunde wäre noch nachzutragen, dass der Alveolarrand des Kiefers vollkommen normal war, desgleichen der harte Gaumen; Bewegungen des Bulbus nach allen Richtungen hin stark beschränkt. Atrophia N. optici, nur sehr schwache Lichtempfindung. Antiluetische Therapie. Nach 8 Tagen Durchbruch dicht hinter den oberen Schneidezähnen, Entfernung eines Sequesters. Die Kieferschwellung ging rapide zurück, das Geschwür heilte in wenigen Tagen. Die Schwellung unterhalb des Jochbogens entpuppte sich allmählig als Lymphdrüse. Jetzt ist Pat. nahezu geheilt, die Behandlung ist aber noch nicht abgeschlossen. Derartige Formen von Kieferlues sind sehr selten, wurden aber schon beobachtet. So wurde vor mehreren Jahren über einen Pat. berichtet, bei dem man Kiefersarkom diagnosticirte und es operativ entfernen wollte; Pat. entzog sich dem und wurde von einem Curpfuscher mit Jodkali geheilt.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur, Breslau 5. VII. 1901. — Allgem. med. Central-Ztg. 1901 No. 62.)

— Ueber Jodkalium, Jodalbacid und Jodipin stellte E. Welander (Stockholm) Untersuchungen an. Dieselben ergaben hinsichtlich des *Jodkaliums*, dass bei Einführung desselben per os eine sehr schnelle Absorption von Jod stattfindet, dass dieses aber auch sehr schnell eliminirt wird, und selbst bei Einnahme ziemlich grosser Dosen

schon nach einem Tage beinahe ganz aus dem Blute verschwunden, nach 48 Stunden gar nicht mehr nachweisbar ist. Dies erklärt die oft rasch eintretende therapeutische Wirkung des Jodkaliums, welche aber schnell aufhört, wenn die Einführung des Mittels in den Organismus abgebrochen wird. Ein Mittel, welches das Jodkali ersetzen soll, muss, wie dieses, schnell und kräftig absorbiert, aber nicht so rasch eliminiert werden und auch in geringerem Maasse von Nebenwirkungen begleitet sein. Das *Jodalbacid* besitzt diese Vorzüge nicht. Es enthält nur 10% gegenüber 76,5% Jod beim Jodkali und kommt ihm, selbst in grossen Dosen verabreicht, an Wirkung auch nicht annähernd gleich. Vom *Jodipin* gilt zum Theil dasselbe. Auch beim Jodipin „sind wir in keiner Weise im Stande, Jod im Organismus so schnell und in so grosser Menge absorbiert zu erhalten und mit diesen Mitteln ein so schnelles und so kräftiges Ergebniss zu erzielen, wie beim Jodkalium, mag es per os oder per anum in den Organismus gebracht werden.“ Jodipin, subcutan appliciert, wird auch nicht besonders schnell absorbiert und nur in geringer Menge im Blute vorgefunden, es remanirt sehr lange im Organismus, weshalb es „mehr für die Anwendung in prophylaktischer, als in therapeutischer Hinsicht geeignet“ erscheint. Bei gewissen Pat. giebt es nun freilich Zustände, bei denen Jodkalium eine erhebliche Verschlimmerung herbeiführen würde; hier werden dann Jodipineinspritzungen mit grossem Nutzen zu verwenden sein. Bei interner Anwendung zeigte Jodipin dieselben Joderscheinungen, wie Jodkali, eingespritzt dagegen keine oder nur unbedeutende Nebenwirkungen. Auch beim Jodkalium könnten oft Joderscheinungen vermieden werden, wenn man es per anum appliciert. Autor spritzt täglich 2—5mal 2 g Jodkali pro Dosi in 25—30 g Wasser ein, was in der Regel gar nicht reizend wirkt; Autor hat Fälle aufzuweisen, wo unter solcher Behandlung eine äusserst schnelle und kräftige Absorption des Jod stattfand und rasche, vorzügliche Erfolge erzielt wurden. — Das *Jodipin* benützte auch E. Grouven (Bonn) bei 23 Luetikern; 4 erhielten intern 10%iges Jodipin, 18 Injectionen von 25%igem Jodipin, 1 Pat. erst Injectionen, später intern. Von dem 10%igen Jodipin

15\*

erhielten die Pat. intern (der etwas ölige Geschmack kann durch Cognac, Caffee, Schwarzbrot corrigirt werden) 3mal, tägl. 1 Theelöffel. Zu den Injectionen wurde eine 10 ccm haltende Spritze mit dicker Cantile verwandt, die Injectionen (tägl. 10 ccm des 25% igen Präparates) in der Interscapulargegend gemacht. Die Zahl derselben schwankte zwischen 5—25. Vorheriges Anwärmen des Jodipins erleichtert etwas die Injection. Weder bei Injectionen noch bei der internen Ordination wurden Zeichen von Jodismus beobachtet. Die Resultate waren sehr zufriedenstellende. — Magnus Möller (Stockholm), der ebenfalls *Jodipin* bei einigen 20 Fällen injicirte, stellte auch fest, dass dabei Jod später als Jodkaligebrauch im Harn anzutreffen ist. Er sieht in der langsamen Verarbeitung und Abscheidung des Jods einen Nachtheil für solche Fälle, bei denen man mit der Jodmethode eine schnelle und kräftige Wirkung erzielen will. Vielleicht werde aber die Jodipin-Injectionsmethode wegen der langen Remanenz des Jods im Organismus Bedeutung erlangen bei der intermittent-präventiven Syphilisbehandlung.

(Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 57 Heft 1/2. —  
Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 8.)

- **Jodipin** hat Dr. Wanke (Friedrichroda) in der Binswanger'schen Klinik bei einer ganzen Reihe von specifischen Affectionen, besonders *progressiver Paralyse*, *Epilepsie*, *Tabes etc.* mit bestem Erfolge angewandt. Die Pat. bekamen gewöhnlich 10 Injectionen (täglich eine), jedesmal eine Spritze der 25% igen Lösung, und diese Serie wurde später noch 1—2 mal wiederholt. In manchen Fällen kann man sich auch mit der 10% igen Lösung begnügen, bei kräftigen Pat. kann man aber ruhig die 25% ige benützen (Autor überzeugte sich davon, dass man mit 100 g der 25% igen Lösung nur etwa 7 Pravazspritzen à 10 ccm füllt, sodass also Pat. mit 7 Spritzen bereits 25 g Jod bekommt). Auf Grund seiner Erfahrungen hält Autor diese subcutanen Injectionen für die bequemste, sicherste, wirksamste und dabei den Pat. in keiner Weise belästigende Anwendung, wenn es gilt, im Körper ein Joddepot zu errichten. Autor sah dabei fast nie unangenehme Nebenerscheinungen und er kann völlig die Erklärungen Binswanger's unterschreiben, der nach 2jähriger Prüfung des Mittels

über dasselbe urtheilt: Die Jodipinbehandlung wirkt günstig bei allen tertiären gummösen Formen der S., in den Fällen der S. cerebri, sensu strictiori, und der Syphilisepilepsie, soweit dieselbe auf gummösen Processen in den Meningen oder in der Gefässwand beruht. Ferner scheint sie auch bei Fällen postsyphilitischer Erkrankungen, bei der Tabes und besonders bei progressiver Paralyse dann eine langdauernde, weitgehende Remission bewirken zu können, wenn die Fälle noch frisch sind und wenn es sich um Mischformen handelt des diffusen degenerativen Hirnrindenprocesses mit gummösen Neubildungen. Auch ist es denkbar, dass in früheren Stadien durch die Jodipinbehandlung irgendwo im Körper vorhandene syphilitische Krankheitsherde, von welchen die Erzeugung des Syphilistoxins ihren Ausgangspunkt nimmt, zur Heilung gebracht werden und dadurch den weiteren Fortschritten der degenerativen Erkrankung des Centralnervensystems, welche durch das hypothetische Syphilisgift verursacht ist, Einhalt gethan wird. Bei älteren Fällen von progressiver Paralyse jedoch ist die Jodipinbehandlung wirkungslos.

(Corresp.-Blätter des ärztl. Vereins v. Thüringen 1901 No. 6/7.)

- **Therapeutische Versuche mit Jodolen** stellte Dr. Arth. Jordan (Stadthospital Moskau) an. Jodolen ist ein geruch- und geschmackloses Pulver (hergestellt von Kalle & Co., Biebrich), durch eine Verbindung von Jodol mit Eiweiss gebildet und in 2 Arten verfertigt, als *Jodolen. intern.* (mit 9—10% Jodol), das die Jodolalkalien ersetzen soll, und *Jodolen. extern.* (36% Jodol) zur localen Anwendung. Ersteres wurde bei *tertiärer S.* benützt (in Pulver à 2 g, mit Wasser oder Milch hinuntergespült, pro die steigend 3—5 solcher Pulver, also wirksames Jodquantum pro die 1—2 g). Das Präparat bewährte sich bei Hautgummen (unter gleichzeitiger localer Application von Jodolen. extern.), tertiären Schleimhautaffectionen des Rachens und der Nase u. s. w. Es wirkte wohl etwas träger als Jodkalium, aber es traten seltener Symptome des Jodismus ein, der auch stets nur vorübergehender Natur war, und unter seinem Gebrauch hob sich wiederholt in erfreulicher Weise das Körpergewicht der Pat., wohl eine Folge des grossen Eiweissgehaltes des Präparates, das



zur Hebung des Allgemeinzustandes beitrug. Jodolen. extern. bewährte sich bei gummösen Ulcerationen, nässenden Papeln, vor allem aber bei *Ulcus molle*.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 12.)

**Tuberculose.** Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Butter stellten F. Herr und M. Beninde an, mit folgenden Resultaten:

1. Unter 45 Butterbezugsquellen lieferten 11 : 10% resp. 15 : 5% tuberkelbacillenhaltige Butter.
2. Eine Butterquelle lieferte dauernd infectiöse Butter, während bei anderen der Befund wechselnd war.
3. Bei Butteruntersuchungen ist das Obermüller'sche Verfahren zur Herstellung des Impfmateri als dringend anzuempfehlen.
4. Bei verdächtigen Obductionsbefunden sind Organübertragungen in die vordere Augenkammer von Kaninchen zu machen resp. zugleich subcutane Uebertragung auf Meerschweinchen.
5. Die bisher beschriebenen tuberkelbacillenähnlichen Stäbchen machen bei Injection in die vordere Augenkammer von Kaninchen weder der Iristuberculose ähnliche Veränderungen, noch sonst krankhafte Erscheinungen.
6. Der histologische Befund genügt nicht zur Stellung der Diagnose Tuberculose; ebenso ist das färberische Verhalten nicht immer als differentialdiagnostisches Mittel zwischen Tuberkelbacillen und den ihnen ähnlichen Stäbchen zu verwenden.
7. Bei 15 Butterproben wurden tuberkelbacillenähnliche Stäbchen in Reincultur erhalten.
8. Der Molkereibetrieb hat keinen nachweisbaren Einfluss auf die völlige Ausscheidung der Tuberkelbacillen aus Milch und Milchproducten.
9. Bei inficirter Milch können sich Tuberkelbacillen in der aus ihr gewonnenen Magermilch, Buttermilch, Sahne, Butter und im Schlamm finden.
10. Butter und Centrifugenschlamm sind am stärksten infectiös.
11. Der nach den bisherigen Butteruntersuchungen sich ergebende annähernde Durchschnittswerth für die Verseuchung von Butterproductionsstellen beläuft sich auf 60 von 444 = 13%.

— *Das Pasteurisiren des Rahms als Schutz gegen die Verbreitung der T. durch Butter* empfiehlt Herr und stellt auf Grund seiner Untersuchungen die folgenden Sätze auf:

1. Die Gefahr der Verbreitung von T. durch den Genuss tuberkelbacillenhaltiger Butter ist durch das Pasteurisiren des Rahms zu beseitigen.

2. Das Pasteurisiren des Rahms bei Temperaturen von 75—90° hat keinen nachtheiligen Einfluss auf die Qualität der Butter; es scheint sogar, dass mit der Höhe der Pasteurisirtemperatur die Güte der Butter zunimmt. Der Kochgeschmack des Rahms geht nicht in die Butter über.

3. Ein 5 Secunden langes Pasteurisiren des Rahms bei 85° C. beseitigt die Gefahr der tuberculösen Infection vollständig.

4. Für die Praxis empfiehlt sich ein Pasteurisiren des Rahms bei 85° mit einer Dauer von 2 Minuten. Dafür ist die Anwendung von Pasteurisirapparaten mit sogen. gezwungener Rahmführung Bedingung.

5. Für die vom hygienischen Standpunkt zu fordernde Einführung gesetzlicher Bestimmungen über das Pasteurisiren des zur Butterbereitung dienenden Rahms sind durch die vorstehenden Versuche die nöthigen experimentellen Unterlagen gegeben.

(Zeitschr. f. Hygiene u. Infectiouskrankh. 38,1.)

— **Ueber Somatose als Ueberernährungsmittel bei Tuberculösen** schreibt Dr. S. Bernheim (Paris) auf Grund von Experimenten und klinischen Beobachtungen:

1. Bei der diätetischen Behandlung der T. sollte man, sofern die natürliche Ernährung erschwert oder unmöglich ist, stets zur künstlichen Ernährung seine Zuflucht nehmen.

2. Die beste künstliche Ernährung bei der T. besteht nicht in der gewaltsamen Sondenfütterung mit Speisen, deren Einführung unangenehm und deren Verdauung fast immer unmöglich ist, sondern in der Zuführung bereits verarbeiteter Nährpräparate, welche die Verdauungsthätigkeit des Magens überflüssig machen. Unter diesen Mitteln stehen 2 Arten zur Verfügung: Peptone und Albumosen. Die letzteren sind den ersteren unvergleichlich überlegen.

3. Die im Handel unter der Bezeichnung Somatose

bekannten Albumosen eignen sich ganz ausserordentlich für prätuberculöse Dyspeptiker, für Schwindstüchtige I. und II. Grades, bei denen der Appetit darnieder liegt und die Verdauung zu wünschen übrig lässt, ferner auch für Tuberculöse mit Auszehrung und selbst für Kranke im letztem Stadium, die in der Somatose ein letztes Zufluchtsmittel finden.

4. Die inficirten Versuchsthiere, die mit hohen Dosen Somatose genährt werden, überleben die nicht mit Somatose gefütterten und sogar auch die ausschliesslich mit Fleisch gefütterten Thiere beträchtlich.

5. Die Somatose wird stets gern von der Phthisikern genommen. Sie ruft weder Widerwillen, noch Diarrhoë hervor. Sie ist bei heruntergekommenen Kranken das beste Ernährungsmittel.

(Allgem. Wiener med. Ztg. 1901 No. 43/44.)

**Tumoren.** 3 Fälle von typischem **Lupus-Carcinom des Gesichts** sah N. Ashihara (Dermatolog. Klinik Breslau). Die Diagnose steht ganz sicher, sie wurde nach beiden Richtungen hin histologisch erhärtet, ganz abgesehen davon, dass schon das makroskopische Bild des Lupus ein durchaus typisches war. Letzterer war schon vor Entwicklung des Carcinoms genau beobachtet worden. Den Verdacht der Krebsentwicklung erregte die ziemlich plötzlich einsetzende Progredienz der Geschwürsbildung und die schnelle Verbreitung des Tumors, der dann die typischen Merkmale einer scharf begrenzten Neubildung mit derben, wallartig erhabenen Rändern darbot. Mikroskopisch fand man ein typisches Epithelialcarcinom inmitten der tuberculösen Erkrankung. Eine Ursache für die Carcinomentwicklung nicht eruierbar. Im Ganzen wurden bisher 122 derartige Fälle beschrieben.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis 1901 Bd. 57. Heft 1/2.)

— Einen **Fall von entzündlichem Brustdrüsencarcinom** beschreibt Dr. R. Adler (Prag). Die 27jähr. Pat., welche im August 1899 zum 2. Mal normal entbunden hatte, nährte ebenso wie das erste Kind auch das zweite und hatte letzteres Ende April 1900 abgestillt. Die gut entwickelten Warzen hatten stets normal functionirt, Mastitiden waren nie entstanden. 2 Tage

nach dem Abstillen waren die Brüste abgeschwollen, nur die rechte war in dem äusseren oberen Quadranten schmerzhaft und etwas geschwollen geblieben. 14 Tage später fand Autor eine faustgrosse, auf Druck schmerzhaft, mit der Haut verlöthete Resistenz im äusseren oberen Quadranten der rechten Mamma, welche ganz den Eindruck eines mastitischen Herdes machte, umso mehr als Pat. angab, einige Zeit vor dem Abstillen von dem Kinde so heftig gebissen worden zu sein, dass die rechte Warze blutete. In der rechten Achselhöhle eine über bohngrosse, harte, auf Druck etwas schmerzhaft Drüse. Aus beiden Drüsen lässt sich Milch ausdrücken. Als nun im Laufe der nächsten 2 Monate die Geschwulst nur sehr allmähig an Grösse zunahm, ebenso die Schmerzen sich vermehrten, wurde ein Chirurg consultirt, dem ebenfalls die harte Axillardrüse verdächtig vorkam, der sich aber nach dreiwöchentlicher Beobachtung doch für die Diagnose: chron. abscedirende Mastitis entschied und Autors Vorschlag, die unterdessen am oberen Rande etwas erweichte Geschwulst zu incidiren, zurückwies. Die Geschwulst war unterdessen nur wenig gewachsen und zeigte in der Mitte deutliche Fluctuation. Jod und Arsen, das längere Zeit versuchsweise gegeben worden war, blieb ohne Wirkung. Der vom Chirurgen gemachte Vorschlag, die Spaltung erst nach vollständiger Erweichung vorzunehmen, wurde angenommen, und Pat. ging aufs Land. Bei der Mitte August vorgenommenen Untersuchung konnte Autor constatiren, dass bis auf den inneren unteren Quadranten die ganze Brust hart infiltrirt erschien, die Haut über der Schwellung mit derselben allenthalben verwachsen und der ganzen Ausdehnung nach stark geröthet war. In der Mitte des äusseren oberen Quadranten Haut leicht oedematös, darunter Fluctuation deutlich nachweisbar. Seit 3 Wochen sehr heftige Schmerzen beim Hängen der Brust und während der Nacht, sodass Pat. nur wenig schlafen konnte. Drüsen in der Axilla noch zu tasten, aber an Grösse bedeutend zurückgegangen. Die Diagnose chron.eitrige Mastitis schien vollkommen sicher, Pat. willigte in die Spaltung, welche Autor am 18. VIII. in Cocain-anaesthesie vornahm. Nach Durchtrennung der Haut und des subcutanen Fettgewebes entleerten sich einige

Esslöffel eines dünnen flockigen Eiters, der mikroskopisch aus Eiterzellen besteht, ohne dass Mikroorganismen zu entdecken wären; der eingeführte Finger tastete eine ziemlich geräumige, glattwandige Höhle, die von deutlich tastbaren Drüsenläppchen begrenzt wird. Tamponade mit Jodoformgaze. Abend wegen heftiger Schmerzen, die trotz der Eiterentleerung sich einstellten, die erste Morphiuminjection. Trotzdem der Wundverlauf ein normaler schien und bei geringer Secretion gute Granulationen aufschossen, bestanden die Schmerzen in alter Heftigkeit fort, sodass erst Morphiuminjectionen Schlaf brachten (die verschiedensten Schlafmittel hatten im Stich gelassen). Eine im äusseren unteren Quadranten auftretende, auf Druck schmerzhaft, erweichte Stelle, welche am 30. VIII. incidirt wurde, lieferte keinen Eiter, der Finger drang zwischen den Drüsenläppchen ohne Gewalt ein. Da Schmerzen und Spannung immer mehr zunahmen, wurden von einem zweiten Chirurgen, der die Diagnose chron.-fibröse Mastitis mit Eiterung bestätigte, in  $1\frac{1}{2}$  stündiger Narkose 4 grosse Incisionen gemacht, mit dem Finger das Gewebe getrennt und mit Gaze drainirt. Eiter war nicht mehr zum Vorschein gekommen. Das Gewebe der Mamma erschien sehr brüchig, die ganze Drüse war ergriffen. Trotz aller dieser Maassnahmen, und trotzdem alles scheinbar gut granulirte, nahmen Schwellung und Schmerzen immer zu, sodass endlich am 27. IX. — noch immer unter der Diagnose chron. Mastitis — die Exstirpatio mammae gemacht wurde. Beim Durchschnitt der Drüse typisch medulläres Carcinom, das mikroskopisch reichlich Leukocytenanhäufungen zeigte; makroskopisch fanden sich 3 bis nussgrosse, mit zähem, grünem Eiter gefüllte Abscesse. Im weiteren Verlauf ging die Schwellung einerseits auf die Clavicula, andererseits auf die Haut des Rückens über. Mitte December begann der rechte Arm anzuschwellen, die, stets heftigen, Schmerzen steigerten sich noch, die Jauchung konnte in Schranken gehalten werden. Ende Januar 1901 trat unter marastischen Erscheinungen, nachdem Pat. 14 Tage lang kaum mehr Nahrung zu sich genommen, ziemlich plötzlich unter Erscheinungen der erschwerten Athmung der Tod ein. Metastasen konnten nicht nachgewiesen werden. — Der Fall ist in vieler Be-

ziehung interessant. Entsprechend dem jugendlichen Alter und der Entstehung in der Lactation war der Verlauf ein rapider. 10 Monate nach dem ersten Auftreten erfolgte der Exitus; auf die vorhergehende Periode kann man höchstens 2 Monate rechnen, sodass der Tumor in einem Jahre zum Tode führte. Der Tumor wurde zeitig entdeckt, und zwar durch Schmerzhaftigkeit, welche sich im Laufe einiger Wochen excessiv steigerte, während doch für gewöhnlich der schmerzlose Verlauf des Carcinoms charakteristisch ist. Diese gewaltigen Schmerzen stehen offenbar in Zusammenhang mit der nebenhervorlaufenden Entzündung, welche der ganzen Erkrankung eine so merkwürdige Form verlieh und den Ernst der Situation verhüllte. Mit Volkmann kann man hier von „*Mastitis carcinomatosa*“ sprechen. Infectionen von T. kommen ja nicht so selten vor, insbesondere entzündete und vereiterte Sarkome täuschen nicht selten einfache Entzündungen resp. Abscesse vor; gerade bei Carcinomen aber ist dieser Verlauf selten, um so seltener, als in diesem Falle der entzündliche Charakter der Neubildung schon im Beginn des 3. Monats zu Tage trat. Dass diese Entzündung wirklich vorhanden war, zeigten einerseits die Abscesse, die allmähig entstanden, andererseits die erhebliche entzündliche Leukocytenansammlung. Zweifellos wurde der wie gewöhnlich schmerzlose Tumor kurz vor dem Absetzen des Kindes durch dessen Biss inficirt. Interessant ist auch, dass die ganze Zeit über vom Absetzen des Kindes bis zum Tode die linke Brustdrüse ziemlich reichlich Milch, nicht Colostrum, secernirte, die leicht in grossen Tropfen ausgedrückt werden konnte. Dass bei pathologischen Vorgängen im Genitalsystem oder der Mamma Colostrum gefunden wird, ist eine häufige Erscheinung. Mit dieser Fortdauer der Milchabsonderung steht offenbar auch das Verhalten der Menses in Zusammenhang, welche das 1. Mal Ende April am Abend des Abstillungstages sich einstellten und 5 Tage dauerten; seither erschienen dieselben nur Ende Juli, dauerten spärlich nur 1 Tag. Da von Kachexie erst in den letzten Wochen die Rede sein konnte, an den Genitalorganen nichts Abnormes entdeckt wurde, so muss man annehmen, dass, wie während des Stillens, mit bestehender Brustdrüsen-

function häufig Amenorrhöe verbunden ist. Der Fall zeigte aber vor allem, dass *hinter Entzündungen der Mamma sich Carcinome verbergen können*, sodass es dringend angezeigt erscheint, bei allen Fällen von chron. verlaufenden Mastitiden, insbesondere bei vorhandener Drüsenschwellung in der Axilla, Probeexcisionen vorzunehmen. Im obigen Falle hätte wahrscheinlich auch frühzeitige Operation keinen Dauererfolg gehabt, da der rapide Verlauf die auch sonst bekannte schlechte Prognose des Mammacarcinoms bei Stillenden — insbesondere jugendlichen Personen — bestätigte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 47.)

- Ueber ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes Symptom lässt sich Prof. Leser aus. Nachdem er entdeckt hatte, dass bei Carcinomkranken häufig *an der Haut kleine angiomatöse Geschwülstchen* sich vorfinden, interessirten ihn 3 Fragen: 1. Ist das Auftreten von derartigen Geschwülstchen eine gewöhnliche Begleiterscheinung bei Pat. mit malignen Tumoren resp. Carcinom? 2. Kommen derartige T. auch bei gesunden, resp. nicht an Carcinom leidenden Pat. vor? 3. Ist das Auftreten von diesen Angiomen diagnostisch zu verwerthen? Was zunächst die Hautveränderung selbst betrifft, so besteht dieselbe in kleinsten und kleinen, nadelstich- bis linsengrossen, hellrothen, auch blaurothen Flecken, welche stets das Niveau der Hautfläche überragen, und also dem leise über sie hinwegstreichenden Finger als erhabene Unterbrechung der sonst glatten Hautfläche imponiren. Fingerdruck lässt sie nicht verschwinden. Gegen die umgebende, anscheinend ganz normale Haut sind sie scharf abgegrenzt; mit Vorliebe finden sie sich am Rumpf, seltener an den Extremitäten, fast nie an Händen und Füßen. Offenbar sind sie nicht von dem Verlauf der Gefässe und Nerven beeinflusst; jedoch zeigen sie bisweilen auf der dem Sitz des carcinomatös erkrankten Organs entsprechenden Hautparthie ein gehäuftes Auftreten; z. B. bei Carcinoma uteri ist wesentlich das Abdomen Sitz der Geschwulstbildung. Makroskopisch und nach dem mikroskopischen Befund muss man diese T. als Angiome ansprechen. Um nun obige Fragen zu beantworten, liess Autor 50 Krebsfälle, sowie 300 andere

Krankheitsfälle daraufhin untersuchen. Unter 50 Carcinomfällen fehlten die Angiome nur 1mal; unter den 300 Fällen fanden sich diese T. nur ganz vereinzelt, und nur bei Leuten über 50 Jahren, während Carcinomkranke bereits mit dem 25. Jahre diese aufwiesen, und zwar meist in erheblichen Mengen, während bei Nichtcarcinomatösen auch die Menge der bei einem Pat. vorhandenen T. meist eine kleine ist. Daraus ergibt sich, dass den in relativ frühem Alter und in verhältnissmässig grosser Anzahl auftretenden Angiomen der Hautdecke ein diagnostischer Werth in Bezug auf Carciome zugemessen werden muss.

(Verein der Aerzte in Halle. 22. X. 01. —  
(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 51.)

**Vitia cordis.** Pulsirende Tonsillen bekommt man nicht häufig zu Gesicht. Weber zeigt einen Fall von compensirter hochgradiger *Aorteninsufficienz* bei einem jungen Manne, der eine ausgesprochene, der Herzsystole synchrone Pulsation der Tonsillen und des weichen Gaumens aufweist. Hinsichtlich des Entstehungsmodus nimmt Autor mit Fr. Müller, der das Phaenomen zuerst beschrieb, an, dass neben der fortgepflanzten, verstärkten pulsatorischen Erschütterung der Carotiden und ihrer Aeste eine durch vermehrten schnellen systolischen Blutzufluss und jähen diastolischen Abfluss bedingte Volumschwankung der in Frage stehenden Organe ursprünglich in Betracht kommt. Als Vorbedingung besteht gute Compensation durch ein muskelkräftiges Herz.

(Medicin.-Section der Gesellschaft f. vaterl. Cultur, Breslau 5. VII. 1901. —  
Allgem. med. Central-Ztg. 1901 No. 62.)

— **Ein neues Diureticum „Agurin“** (Essigsaures Theobromin-natrium\*) hat Prof. Litten (Berlin)  $\frac{1}{2}$  Jahr in seiner Klinik angewandt und fasst die damit gemachten Erfahrungen folgendermaassen zusammen: Bei gleicher diuretischer Wirksamkeit besitzt das Agurin den Vorzug vor dem Diuretin, dass es neben dem Theobromin

\*) Das Präparat wird von Bayer & Co., Elberfeld hergestellt. Wie Dr. L. Michaelis aus der Litten'schen Klinik jetzt mittheilt (Deutsche Aerzte-Ztg. 1901 No. 24) ist die geeignetste Dosirung des wirksamen Mittels  $3 \times$  tägl. 1 g, und zwar am besten in Pulverform. Die Wirkung pflegt nach 2—3 Tagen einzutreten und erlischt 1 Tag nach Aussetzen des Mittels.



keine differenten Bestandtheile (Salicyl) enthält. Das im Agurin enthaltene Natr. acetic. ist ein Mittel, welches man seit langem bei den gleichen Indicationen anwendet, wie das Theobromin. In Form des Agurins wird letzteres glatt vertragen, auch dann, wenn Diuretin schlecht vertragen wurde. Agurin ist bei allen hydropischen Erscheinungen indicirt, besonders bei Stauungserscheinungen bei V. Seine Wirkung wird durch vorausgegangene oder gleichzeitige Darreichung von Digitalis unterstützt. Sein eigentlicher Angriffspunkt ist die Niere; am promptesten wirkt es, ist diese intact, doch auch bei leichter, besonders chron. interstitieller Nephritis kann ein Versuch gemacht werden.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 4. XI. 1901.)

- Auch Prof. Destrée (Brüssel) war mit **Agurin** sehr zufrieden und rühmt dessen starke diuretische Wirkung, welche sich ohne Alteration der Herzthätigkeit, ohne sonstige unangenehme Nebenerscheinungen, wie man sie beim Diuretin nicht selten erlebt, kundgibt und auch noch längere Zeit anhält, wenn man die Medication ausgesetzt.

(Société de Thérap. in Paris 12. VI. 1901.)

## Bücherschau.

- Dr. H. Gocht hatte bei Ausarbeitung seines Buches **Orthopaedische Technik** (Stuttgart, F. Enke.. Preis Mk. 6.) zwei sehr gewichtige Gesichtspunkte im Auge: Einmal will er die Kenntniss über Wirkungsweise und Herstellung orthopaedischer Apparate in ärztlichen Kreisen verbreiten, sodann den Aerzten eine Grundlage in die Hand geben, aus der ersichtlich ist, dass nicht Geheimnisse diese Specialdisciplin beherrschen. Es kam dem Verfasser dabei besonders darauf an, die Principien für die Herstellung der Apparate nach physiologisch- und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten darzustellen, Verständniss für die Technik wachzurufen. Der Arzt soll nicht zum Techniker herangebildet werden, er soll aber theoretisch wissen, worauf es ankommt und wie alles gemacht wird. Dass

diese Kenntnisse praktisch vielfach verwerthet werden können, dem Leser oft genug wesentlich zu passe kommen werden, das ist zweifellos, und darum soll das Buch Gocht's, der es verstanden hat, alles klar zu machen und interessant darzustellen, auch in zahlreichen (162) Abbildungen Wichtiges dem Verständnisse noch näherzubringen, dem Arzte zur Anschaffung empfohlen werden.

- Von der **Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) ist nunmehr der Schlussband (Bd. 26) erschienen, und damit hat Eulenburg nach einer Arbeitszeit von 7 Jahren das gewaltige Werk fertiggestellt, das jetzt in 3. Auflage vollendet vor uns liegt. Wahrlich ein Riesenwerk, das an Umfang und Bedeutung die meisten sonstigen Erscheinungen der medicinischen Litteratur weit hinter sich lässt, ein köstlicher Besitz für den Praktiker als Nachschlagebuch, eine Fundgrube des Wissens für den Lernenden, ein unübertreffliches Sammelwerk zum Nutzen der Weiterstrebenden! Die bedeutendsten Autoren der Gegenwart haben sich vereint, um in geradezu monographischen Darstellungen jedes Thema, in dessen Tiefen dieser oder jener besonders eingedrungen, zu bearbeiten, dabei auf alle bemerkenswerthen Publicationen des letzten Decenniums Rücksicht nehmend und vor allem jederzeit die Interessen des prakt. Arztes im Auge behaltend. Zahllose Illustrationen und Farbendrucktafeln, wahre Meisterwerke, zieren das Werk, genaue Litteraturangaben stempeln es zu einem unentbehrlichen Orientierungswerk für den Forscher. Das grossartige Unternehmen wird beschlossen durch ein Generalregister, das, über 400 S. stark, eine Handhabe bildet, die es ermöglicht, die ausser in der alphabetischen Reihenfolge an den verschiedenen Stellen behandelten resp. erwähnten Themata leicht aufzufinden; dies Register ist der Schlussstein eines ragenden Gebäudes, dessen Grundlage fest und dessen Mauern von Dauer sind!

- Theil II. Band 1 des „**Handbuch der physik. Therapie**“ von Goldscheider und Jacob, der soeben erschienen ist (G. Thieme, Leipzig. Preis Mk. 12), schliesst

sich den bereits erschienenen Abschnitten dieses bedeutenden Werkes würdig an. Wir finden hier die physikalische Therapie der Hautkrankheiten, der Erkrankungen der Muskeln und Gelenke, der Infektions- und Stoffwechselkrankheiten, der Affectionen des Tractus respiratorius in ganz mustergültiger Weise bearbeitet. Die Namen der Bearbeiter, von denen wir nur Kopp, Mann, Kohts, Rumpf, Eichhorst, Renvers, Fränkel, Hoffa nennen wollen, sprechen schon für sich. Eine Reihe recht instructiver Abbildungen bildet eine angenehme Zugabe zu dem Inhalt, der allerdings so klar und präcis ist, dass es meist zum Verständnisse gar keiner Illustrationen bedarf. Der moderne Arzt wird in dem Handbuch einen ausgezeichneten Berather für die tägliche Praxis finden.

- In 2. Auflage ist erschienen Band IV. der Lehmann'schen **Medic. Handatlanten** (J. F. Lehmann, München): L. Grünwald, *Atlas und Grundriss der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase* (Preis Mk. 12). Man erkennt kaum den kleinen „Atlas“ wieder, wie er vor einigen Jahren vor uns lag, da der Verfasser das Buch fast vollständig umgearbeitet und stark vermehrt hat. So enthält dasselbe jetzt auch einen kurzen Grundriss, welcher eine sehr gute Einführung in das Verständniss der schwierigen Materie bietet. Der Text bei den Bildern besteht nicht mehr aus blossen Beschreibungen, sondern bringt ganze Krankengeschichten, die Tafeln sind erheblich vermehrt, die älteren neu bearbeitet, eine Anzahl histologische Tafeln angefügt u. s. w., kurz, es ist Alles gethan, um das Werk den übrigen dieser Sammlung durchaus würdig zu gestalten.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 6.**

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesammten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**März**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

## **Anaesthesie, Narkose.** Acoïn als Localanaestheticum

in der zahnärztlichen Praxis benützte mit Erfolg anstatt des Cocains Zahnarzt Dr. Senn (Zürich). Er räumt ja dem Cocain noch immer in Bezug auf anaesthetische Wirkung bei Extractionen den ersten Platz ein, eine Anaesthesirung des Zahnfleisches erreichte er aber stets auch mit Acoïn, das auch manche Extraction schmerzlos gestaltete, ohne je unangenehme Neben- oder Nachwirkungen zu offenbaren. Das Mittel wird wie Cocain injicirt, d. h. für einen Zahn werden mehrere Injectionsstellen gewählt, meist 3 labial resp. buccal und 3 lingual resp. palatinal, und jedesmal nur einige Tropfen einer 1—2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igen Lösung injicirt, worauf man 2—3 Minuten bis zur Extraction wartet. Acoïn ist lange nicht so giftig wie Cocain und weit haltbarer, weshalb man sich die Lösung vorrätzig halten kann.

Rp. Acoin. 1,0—2,0  
 Natr. chlorat. 0,8  
 Aq. dest. 100,0

Acoin ist besonders da indicirt, wo man Cocain nicht gern benützt, bei Kindern, bei Pat. mit Herzaffectionen, Nervosität, Anaemie etc. Man kann es gut benützen bei Extractionen bei Periodontitis, dann überall, wo nur Anaesthetie des Zahnfleisches resp. der zunächst liegenden Parthie der Wurzelhaut nothwendig ist, bei Incision des Zahnfleisches, Auskratzen des Knochens u. dergl.

(Schweiz. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde X. 4.)

— Ueber die Verwendung local-anaesthetischer Mittel bei Eingriffen im Ohr referirt Prof. Haug. Bei imperforirtem Trommelfell und im Meatus versuchte er drei Mischungen.

Rp.	Rp.
Cocain. mur. 1,5—3,0	Acid. carbolic. pur. liq. 2,0
Aq. dest.	Menthol.
Glycerin. aa 10,0	Cocain. mur. aa 0,5
Sterilisa	(Bonain)
adde Alcohol. absol. 10,0	
(Haug)	

Rp. Cocain. mur. 0,5  
 Ol. anilin.  
 Alcohol. absol. aa 5,0 (Gray)

Die 1. Composition ist, wie alle Cocainlösungen im Meatus, nie ganz sicher. Die 2. giebt wohl nach kurzer Zeit (1—2 Minuten) Anaesthetie, aber auch keine absolute; dagegen hat sie den Nachtheil der Verbrennung mit nachfolgender Flächeneiterung, ausserdem hindert die auftretende weisse Verfärbung sehr beim Sehen. Die 3. ist noch die relativ beste. Nach 5—15 Minuten ziemlich gute Anaesthetie, aber auch nie sicher; unangenehm wirkt auch hier die Verfärbung der berührten Parthieen, doch sonst keine üblen Nachwirkungen. Autor nimmt jetzt, wo es irgend geht, bei Paracentese u. dergl. gar keine locale Anaesthetie vor. Auch Acoin in 2%iger wässriger Lösung ist nicht wirksamer als Cocain. Orthoform dagegen kann insbesondere bei Schleimhautflächen oder bereits offenen oder incidirten, aber nicht genügend entleerten *Furunkeln*

sehr gut gegen die Schmerzhaftigkeit auch nach dem Eingriffe verwendet werden. Die Dauer der Schmerzstillung ist eine beträchtliche. — Hecht hat nie den Muth gehabt, die Bonain'sche Mischung mit den 70 % Carbolsäure anzuwenden. Dagegen erzielte er meist vollkommen genügende Anaesthetie zu Eingriffen am Trommelfell mit folgender Composition.

Rp. Acid carbolic. liq. 0,3

Spir. vin. 5,0

Cocain. mur.

Menthol. aa 1,0

Nienennenswerthe unangenehme Folgeerscheinungen, freilich stört auch hier die weisse Verfärbung und das Anaestheticum selbst wird vom Pat. unangenehm empfunden. Die Gray'sche ist für den Pat. viel angenehmer, dagegen scheint sie doch bisweilen stärkere Reizung (oberflächliche Nekrotisirung oder membranöse Auflagerung) zu bewirken. Trotzdem wird man, namentlich bei sensiblen Pat. und bei mangelnder Assistenz diese Anaesthetica kaum entbehren können.

(Laryngo-otolog. Gesellschaft in München. 4. XI. 1901. —  
Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1901 No. 12.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Ueber Be-

seitigung und Desinfection des phthisischen Sputums giebt Dr. F. Steinitz (Breslau) folgende Vorschriften: Man fange frisches Sputum auf, entweder in verbrennbaren oder in durch Kochen zu desinficirenden Spucknapfen, resp. in ebenfalls auskochbaren Spuckfläschchen oder endlich in Taschentüchern, die durch Kochen oder Einlegen in Sublimat (1 ‰) auf 5 Stunden zu desinficiren sind oder verbrannt werden dürfen (Papier). Grob beschmutzte Stellen der Wohnung, an denen Sputum u. dergl. sichtbar ist, befeuchte man gründlich mit Sublimat (2 ‰); in ebensolches lege man stark beschmutzte Wäsche für 3 Stunden, desinficire im Uebrigen Wohnung und Kleider, Gegenstände etc. mit Formaldehyd.

(Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskr. 38, 1.)

- Zur Desinfection der von Phthisikern bewohnten Räume empfiehlt Dr. Ottolenghi (Turin) noch einmal dringend seine Methode, alle Wand- und Fussbodentheile gründlich mit Sublimatlösung (mindestens aber 5 prom.) 2 mal

anzufeuchten, wobei bei Ecken, Ritzen, rauhen Flächen besonders sorgfältig vorgegangen werden muss. So lässt sich eine sichere und vollständige Desinfection auf bequeme und leichte Art erzielen, allerdings erst nach 24 Stunden, was aber nichts schadet, da ja im Nothfalle die Räume gleich nach vollzogener Befeuchtung wieder bewohnt werden können.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 51.)

- **Tendozwirn in auskochbarer Verpackung** als Nahtmaterial statt der Seide empfiehlt F. Kuhn (Kassel, Elisabethen-Krankenhaus). Der Zwirn ist stark und schwer zer-reisslich, durch Imprägnirung wasserdicht und nicht im-bibirbar, glatt, nicht knäuelnd, sehr geschmeidig, durch Kochen sterilisirbar und recht billig. Er wird in äusserst handlicher Verpackung abgegeben,\*) sodass der Inhalt stets vor Berührung und Infection geschützt ist, die Asepsis des Fadens eine ganz zuverlässige ist. Die sehr praktisch eingerichteten kleinen Dosenbehälter lassen sich auch sammt Inhalt stets auskochen.

(Deutsche Praxis 1901 No. 19.)

**Chorea.** Einen Fall von Huntington'scher Ch. stellte Grawitz vor. Der 44-jähr. Pat. zeigt auffällige Be-wegungserscheinungen. Wenn er in Ruhe sitzt, voll-führt er hier einige unwillkürliche Bewegungen mit Kopf und Händen. Sobald er irgend eine Bewegung intendirt, um nur aufzustehen, so tritt eine ganz auffällige starke Störung ein, die den Charakter des Theatralischen, des Outrirten, an sich trägt. Beim Herausstrecken der Zunge tritt ganz besonders heftiges Grimassiren ein. Pat. stammt aus stark belasteter Familie. Seine Mutter ist seit ihrem 36. Lebensjahre mit demselben Leiden behaftet gewesen und ist damit 60 Jahre alt geworden. Eine Schwester der Mutter hat ebenfalls an der Krank-heit gelitten, und eine eigene Schwester des Pat. leidet seit ihrem 33. Jahre daran, während 2 jüngere Ge-schwister in den 20er Jahren noch frei sind. Pat. selbst ist vor 8 Jahren von dem Leiden befallen worden und seitdem arbeitsunfähig. Das Leiden zeigt sich also als deutliche Form der Ch., sie ist aber exquisit hereditär

\*) Evens & Pistor, Kassel.

und unterscheidet sich noch dadurch von der gewöhnlichen Motilitätsneurose des Kindesalters, dass sie erst im späteren Alter auftritt (daher auch „*Spät-Chorea*“ oder „*tardive Ch.*“ genannt). Sie ist auch etwas ganz Anderes, nämlich keine Neurose, sondern eine *Erkrankung des Cerebrum*, der Hirnrinde und gewisser subcorticaler Gegenden, also eine *Ch. symptomatica*, auch allmählig fortschreitende Störungen der Intelligenz bewirkend, wie auch bei diesem Pat. wahrnehmbar, während der körperliche Zustand fast gar nicht leidet. Ein Heilmittel gegen die Affection ist bisher noch nicht gefunden, man muss sich darauf beschränken, die Kräfte des Pat. in gutem Zustande zu erhalten.

(Berliner med. Gesellschaft 4. 12. 1901 —  
Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 51.)

**Combustio.** Ichthyol in Verbindung mit dem bekannten  
Linimentum ad combust. rath Dr. Tolnay (Ajka) anzuwenden:

Rp. Ichthyol. 20,0  
Aq. Calc.  
Ol. Lin. aa 200,0

Die Blasen werden an ihrem Grunde eröffnet, dann das afficirte Gebiet mit in. dies Gemisch getauchten Leinwandcompressen bedeckt, die stündlich erneuert werden. Die Schmerzen mildern sich rasch und die Heilung geht schnell von statten.

(Orvosi Hetilap 1901 No. 41. — Ungar. med. Presse 1901 No. 30.)

— **Kein directes Auflegen von Gaze auf wunde Flächen!** So rath Dr. R. Gersuny, da solches den Pat. zuweilen beträchtliche Schmerzen macht, z. B. bei Verbrennungen mit Blasenbildung, wenn die Epidermis abgetragen ist. Bei jedem Verbandwechsel haben die Pat. grosse Schmerzen, weil von den zahlreichen blossgelegten Nervenendigungen die angeklebte Gaze abgerissen wird; manchmal wachsen auch die Granulationen in die Maschen der Gaze hinein, es blutet dann beim Verbandwechsel. Wenn man dagegen die wunde Fläche mit einem Stoffe bedeckt, der nicht festklebt, z. B. mit *Guttaperchapapier*, so ist der Verbandwechsel schmerzlos; diesen Stoff bestreicht man mit Borvaseline oder Arg. nitr.-Salbe. — *Gegen die Schmerzen bei frischer*



*C. ist das beste Mittel rectificirter Alkohol.* Schon wenn Autor als Kind sich verbrannt hatte, wurde ihm ein Stück graues Fliesspapier aufgelegt und dann Alkohol darüber geträufelt. Der Schmerz hörte sofort auf.kehrte er beim Trockenwerden des Papiers wieder, so wurde wieder Alkohol aufgetropft. War dies durch 2 Stunden fortgesetzt worden, so kam der Schmerz nicht wieder, auch Blasen bildeten sich nicht.

(Wiener med. Doctoren-Collegium 2. XII. 1901. —  
Wiener med. Presse 1902 No. 1.)

**Congelatio.** Wie behandelt man zweckmässig Erfrierungen und ihre Folgen? Diese Frage beantwortet Prof. Dr. Lassar (Berlin) wie folgt: Gegen die bleibende Röthe im Gesicht, gegen venöse Ektasie an Nase, Wangen, Schläfen, Kinn ist die beste Methode die Verödung der pathologisch neuformirten Gefässausbuchtungen, in leichteren Fällen einfach durch *Schälung* zu erreichen.

Rp.  $\beta$  Naphthol. 10,0  
Sulfur. sublimat. 40,0  
Vaselin. flav. americ. 25,0  
Sapon. virid. pur. 25,0  
M. f. pasta.

Diese Schälpaste wird ein oder mehrere Male wöchentlich  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde aufgelegt und hernach trocken abgewischt. Allmähig gewöhnt sich die Haut an den Reiz, die Application kann öfter und länger erfolgen. Vorübergehende Irritation geht unter Talcum in wenigen Tagen zurück, oder unter Salicylpaste oder:

Rp. Zinc. oxyd. puriss. 30,0  
Ol. provinc. 20,0  
F. past. mollis.

Bei einigermaassen ausgeprägten Fällen wirkt nur die *Stichelung*, am besten mit der vom Autor construirten „Viel-Punktnadel“ ausgeführt. An einem Stempel sind etwa 40 vergoldete Platinspitzen, die mittelst eines Elektromotors getrieben, die Oberhaut superficiell innerhalb weniger Secunden in vielen Hunderten feinsten Punkte ritzen. Wichtiger aber als die Behandlung derartiger Nachwehen ist diejenige der acuten Erfrierungen selbst. Sie ist im Princip dieselbe wie bei Verbrennung. Vor allem kommt es darauf an.

die Oberfläche der erfrorenen Theile thunlichst aseptisch zu machen, was am einfachsten durch antiseptische und Seifenbäder geschieht, wobei zugleich der resorbirende und gefässbelebende Einfluss des Bades selbst in Rechnung kommt. Als eigentliche Wundbehandlung ist keine der trockenen Pulver-Therapie zu vergleichen. Einhüllung der gut gereinigten Haut in Bardeleben'sche Wismuthbinden, darüber dicke Watteschichten und Suspension. Hiermit ist Schutz vor jeder weiteren Läsion gegeben und die Heilung kann von selbst vor sich gehen. Allerdings ist stete Controle auszuüben, um einen etwaigen Ausbruch von Gangraen nicht zu übersehen. Auch diese ist am besten durch Austrocknung zur Demarcation zu bringen, falls nicht aus anderen Gründen eine Operation erforderlich wird. Immer bleibt in den abgestorbenen Geweben die feuchte Fäulniss am meisten zu fürchten. Exquisit fäulnisswidrig wirkt das Pyoktanin. Gelingt es nicht, jene Trockenverbände rechtzeitig anzulegen, ehe Eiterung eingetreten ist, so ist die C. zu behandeln, wie jede inficirte Wunde. Eine specifische Behandlung der C. giebt es nicht, alle aus früherer Zeit bekannten Mittel sind obsolet, so das Auftragen zersetzlicher Linimente und Salben. Eine Ausnahme machen die *Perniones*. Hier hat sich dem Autor seit zwei Decennien am besten folgende Salbe bewährt, die, dick auf Lappen gestrichen, nachtsüber als Fuss- oder Handverband aufgelegt, in kurzer Zeit alle Symptome der geschlossenen oder offenen Frostbeulen zu beseitigen pflegt.

Rp. Unguent. plumb.

Vaselin. flav. aa 40,0

Ol. Olivar. 20,0

M. c. Acid. phenyl. 2,0

Adde

Ol. Lavend. gtt. XXX.

Als causale Therapie ist alles das zu betrachten, was die Circulation in den gewohnheitsmässig zumeist betroffenen Parthieen beleben kann. Hierher gehören Finger- und Zehenübungen. Man lasse z. B. Pat., welche als Kältefolge an rothen Händen laboriren und diese auch in Zukunft leicht wieder durch erneute Erfrierung verschlimmert sehen, 3 mal täglich durch je 5 Minuten folgende Bewegung ausführen: die Hände

werden in Schulterhöhe senkrecht emporgehoben und dann bei losem Handgelenk die Fingerspitzen in erst langsamem, dann immer schneller werdendem Tempo von hinten nach vorn geschlenkert, bis das Gefühl entsteht, als knete man ein Luftkissen. Hierbei tritt eine fast vollständige Entleerung der Blutgefäße ein, es kommt eine Art Combination von activer und passiver Massage zustande, welche zur Neubelebung der Circulation nicht unerheblich beiträgt.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 1.)

**Diabetes.** Einen Fall von plötzlich erworbener Kurzsichtigkeit in Folge von D. mellitus bespricht Dr. Neuburger. Die 50 jähr. bisher gesunde Frau hatte vor 4 Wochen wegen Presbyopie eine Lesebrille (+ 2,0 D) bekommen. Damals bestand Emmetropie und normale Sehschärfe für Fern und Nah; nur war leichte Accommodationschwäche notirt worden. Jetzt erscheint sie wieder mit der Klage, dass ihr seit 10 Tagen beim Blick in die Ferne alles verschleiert erscheine, dagegen könne sie wieder ohne Brille lesen; auch sei sie manchmal schwindlig. Untersuchungsbefund: Normaler Augenhintergrund, klare brechende Medien, auch mit Loupenspiegel, aber Myopie von — 2,0 D. Damit ist die Sehschärfe = 1, feinste Schrift (Sn 1½) wird erst mit + 1,0 D gelesen. Also besteht noch leichte Accommodationsschwäche. Auf näheres Befragen wird vermehrter Durst und häufiges Uriniren, sowie allgemeine Schwäche angegeben. Urin (mehr als 6 Liter pro die) mit 3½ % Zucker. Der D. wurde hier also durch die Myopie erst entdeckt. Fälle von diabetischer Myopie sind in letzter Zeit häufiger beschrieben worden. zuerst von Hirschberg (1890).

(Aerztl. Verein in Nürnberg, 18. VII. 1901. — Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 44.)

- Eine aetiologische und therapeutische Mittheilung über D. mellitus macht Dr. Alex. Erichsen: „Es besteht ohne Zweifel eine *nahe Beziehung zwischen D., Gicht und Arteriosklerose*, namentlich französische Autoren betonen dieselbe. Sollte nicht mancher D. älterer Leute seine Erklärung finden in arteriosklerotischen Veränderungen der Artt. vertebrales und basilar., welche dem verlängerten Mark aufliegen, und von deren feinen Zweigen auch der Boden des 4. Ventrikels, in welchem

Cl. Bernard seinen Zuckerpunkt gefunden hat, versorgt wird? Ausgehend von dieser Erwägung rathe ich, längere Zeit *Jodnatrium in Verbindung mit Natr. salicyl.* brauchen zu lassen. Diese Medication hat sich nun bei Arthritikern sowohl, als auch bei Sklerotikern vorzüglich bewährt. Gelenkverdickungen schwinden danach oft zusehends; die etwaigen sklerotischen Vorgänge an den Arterien des verlängerten Marks könnten event. auch günstig beeinflusst und dadurch der D. beseitigt werden.“

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1901 No. 47.)

— Betreffs der **Zulässigkeit der Zuckerkranken in die Lebensversicherung** kommt A. Siredoy (Krankenhaus St. Antoine in Paris) auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

1. Unter 35 Jahren dürfen Diabetiker nicht in die Lebensversicherung aufgenommen werden, gleichgültig, in welchem Gesundheitszustande dieselben sich befinden.

2. Ebenso sind zurückzuweisen, ohne Berücksichtigung des Alters, die *mageren* Diabetiker.

3. Eine Ausnahme für diese beiden Vorschriften soll nur für Leute gemacht werden, die an der *nervösen* Form des D. infolge von Kummer, Ueberanstrengung oder Verletzung erkrankt sind. Denselben kann ein Aufschub von mindestens 6 Monaten gewährt werden. Wenn dann ein neues Examen zu ihren Gunsten ausfällt, kann ihre Zulassung erfolgen.

4. Die *fetten* Diabetiker mit gutem Aussehen, welche mindestens 35 Jahre alt sind und deren Organe als gesund erkannt werden, dürften aufgenommen werden, indem man die Bedingungen etwas ändert und die jährlich zu zahlende Versicherungssumme ein wenig erhöht.

(Journal des Practiciens 1901 No. 41. — Therap. Monatshefte 1902 No. 1.)

**Epilepsie.** Um den **Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der E.** festzustellen, hat Dr. H. Schlöss Versuche angestellt, die zu folgenden Ergebnissen führten:

1. Unter dem Einflusse ausschliesslicher Milch- und vegetabilischer Nahrung wird die Anzahl der Anfälle bei genuiner E. ebensowenig vermindert, als sie unter dem Einflusse ausschliesslicher Fleischnahrung vermehrt wird.

2. Unter dem Einflusse kochsalzarmer Nahrung bei gleichzeitiger Verabreichung von Bromsalzen wird die Zahl der Anfälle reducirt, das psychische Verhalten jedoch nicht beeinflusst. Unter dem Einflusse dieser Nahrung sinkt das Körpergewicht, und die Kranken werden schwach und hinfällig.

3. Fett- und säurereiche Kost hat keinen Einfluss auf die Anzahl der Anfälle.

4. Mässige Alkoholgaben (bis zu 1 L. leichten Bieres im Tage) vermehren die Anzahl der Anfälle nicht.

(Wiener med. Wochenschrift 1901 No. 46.)

— Zur diaetetischen Behandlung der E. macht Dr. Schäfer (Pankow) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Um sich ein Urtheil zu bilden über die von Toulouse und Richet angegebene\*), von Bálint modificirte (tägl.  $1\frac{1}{2}$  L. Milch, 40—50 g Butter, 3 Eier, ungesalzen, 300—400 g Brod und Obst; dazu in der Nahrung 3 g Bromsalz) Behandlung, wurden 3 Fälle schwerster Art zu einem Versuch gewählt, Pat. von 30—34 Jahren, seit ihrer Jugend mit schweren Anfällen behaftet, die bisher keiner Therapie gewichen waren und bereits einen hohen Grad geistiger Schwäche zur Folge hatten. Die Zahl der Anfälle schwankte nach der bisherigen, etwa  $1\frac{1}{2}$  jähr. Beobachtung zwischen 20—30 innerhalb eines Monats ohne diejenigen Anfälle, welche zeitweise mit solcher Heftigkeit, so schneller Aufeinanderfolge und derartiger aggressiver Neigung in dem kurzen postepileptischen Stadium auftraten, dass die Isolirung des Pat. geboten erschien. Der Versuch mit der chlorfreien Nahrung erstreckte sich auf etwa 14 Tage. *Nach dieser Zeit blieben die 3 Pat. vollkommen anfallsfrei*, gleichzeitig war ihr psychisches Verhalten ganz frappant gebessert: ihre Haltung straffer, Gang sicherer, Sensorium freier, Blick klarer, Interesse für Vorgänge und Personen ihrer Umgebung viel reger u. s. w. Der Beweis, dass die chlorfreie Nahrung maassgebend war, wurde auch dadurch geliefert, dass nach einiger Zeit, als die Pat. zur gewöhnlichen Nahrung zurückkehrten und diese 6—8—9 Tage zu sich nahmen, die Anfälle wiederkehrten. *Wir scheinen also in dem diaetetischen Régime*

\*) S. Excerpta IX, S. 526 u. X, S. 205.

*ein ausserordentlich wirksames Mittel gegen die E. zu besitzen.*

(Neurolog. Centralblatt 1902 No. 1.)

- Ueber eine **neue Behandlungsmethode der genuinen E.** berichtet Dr. M. Lion (Samara). Der Krankheitsprocess der E. zerfällt in 4 Stadien, die sich durch ganz allmähliche Uebergänge mit einander verketteten. Das erste bildet der „epileptische Charakter“: pathologische Reizbarkeit, Labilität und schroffe Schwankungen der Stimmungen, Neigung zu Auslassungen und Affecten, dissociale Instincte, öfters sogar criminelle Ausschreitungen, Unstetigkeit in der Arbeit u. s. w. Hieraus entwickelt sich das Stadium der psychischen E., der psychischen Aequivalente, von den leichtesten Umnebelungen des Bewusstseins bis zu stürmischen, Tage bis Monate dauernden Dämmerzuständen, wo die Pat. nicht selten entsetzliche Thaten verrichten. Weiteres Fallen des Bewusstseins führt zu den Bewusstseinspausen („petit mal“), dem 3. Stadium, dem sich das 4., die typischen Krampfanfälle umfassend, anschliesst. In 20 meist veralteten Fällen von genuiner E., die in den früheren Jahren allen Heilmethoden trotzten, wandte nun Autor das *Cerebrinum* (*Opocerebrin*) *Pöhl* an, das eine ausserordentlich schnelle und mächtige Heilwirkung entfaltete, besonders was die ersten 2 Stadien anbetrifft. Epileptische Charakterzüge, Umnebelungen und Dämmerungen, Affecte, Aggressivität, hallucinatorische Delirien etc. schwanden fast vom 1. Tage an, um nie, oder nur selten und sehr gering wiederzukehren. Aus gefährlichen Subjecten wurden gutmüthige, aus stupiden normale. Aber auch das „petit mal“ und die Krampfanfälle wurden in allen Fällen bedeutend schwächer und seltener. In Fällen, wo die Anfälle besonders gehäuft und intensiv waren, combinirte Autor mit dem Cerebrin die *Bálint'sche Bromdiaet*, wobei die Anfälle fast plötzlich verschwanden. Das Cerebrin (in Dosen von 0,2—0,3 pro dosi und 0,4—0,6 pro die) sollte in allen Fällen von E. bis zur völligen Heilung, d. h. mindestens während einiger Monate, mit kurzen Unterbrechungen, gebraucht werden, die Bromdiaet (2—3 g Natr. brom. pro die) nur höchstens 3—4 Monate und nur in Fällen mit starken und häufigen Anfällen. — Auch bei 2 chron. Alkoholikern,

bei denen, nach Abusus, acute Vergiftungssymptome auftraten — Herzerscheinungen, Tremor, Insomnie, hallucinatorische Delirien, gehäufte epileptische Anfälle, sogen. *Alkohol-Epilepsie* — versuchte Autor Cerebrinum Pöhl. Nach einigen Tabletten sistirten die Anfälle, nach einigen Tagen verschwanden auch alle übrigen Symptome. In früheren Zeiten, wo hier Herzmittel, Strychnin, Chloral, Bäder etc. angewandt wurden, dauerten die Erscheinungen viel länger, ab und zu kamen Todesfälle vor. Nicht so bei Ordination von Cerebrin, das Autor seitdem bei ca. 25 Fällen gab.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 52.)

- **Epilepsie und Myoklonie**, so lautete das Thema eines Vortrages von Hoffmann (Düsseldorf). Denselben war längst schon ein Zusammenhang dieser beiden Krankheiten wahrscheinlich. Durch die Beobachtung eines Falles und eine statistische Zusammenstellung wurden ihm die Beziehungen noch näher gerückt: Ein Offizier merkte allmählig zunehmende Zuckungen in einem Arm. Dieselben hatten anfänglich keinen Bewegungseffect, später trat Bewegung des Arms bei den Anfällen auf. Nie eine Spur von Bewusstseinsverlust. Nach einer Anstrengung im Manöver starke Verschlimmerung. Brom (5 g pro die) brachte Besserung, schliesslich Heilung (jetzt seit mehreren Jahren anhaltend). Weitere 6 entsprechende Fälle; darunter einige, die einen Uebergang zur E. darstellen. Unter 53 Epileptikern hatten 18 myoklonische Erscheinungen. Brom wirkte in den Fällen, die Autor sah, prompt. Die Zuckungen treten häufig Morgens und überhaupt nach dem Schlaf auf, ebenso wie die epileptischen. Dazu kommt die günstige Wirkung des Broms bei beiden Affectionen, sowie das Auftreten typischer epileptischer Anfälle so oft bei Myoklonie. Daher rechnet jetzt Hoffmann die Myoklonie einfach zur genuinen E. Wahrscheinlich geht die Myoklonie in der Regel der E. voraus, wenn auch nicht mit Sicherheit nächtliche epileptische Anfälle auszuschliessen sind. Es handelt sich höchst wahrscheinlich um eine Reizung der Hirnrinde. Die Prognose der Muskelkrämpfe erscheint besser als die der E.

(73. Naturforscherversammlung in Hamburg, Sept. 1901. —

**Erysipelas.** Ueber den günstigen Einfluss eines E. auf eine Otitis med. acuta purulenta berichtet Dr. Sendziak (Warschau). Der Pat. befand sich in Folge seiner Otitis, die trotz Anwendung der verschiedensten Mittel immer schlimmer wurde und auch den Warzenfortsatz bereits so afficirte, dass Autor im Begriffe war, dessen Trepanation vorzunehmen, äusserst schlecht. Da bekam er ein Gesichtserysipel, und im Verlaufe desselben, innerhalb weniger Tage, besserte sich das ganze Ohrenleiden rapid und verschwand gänzlich.

(Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1901 No. 12.)

- Eine Behandlung, die Dr. R. Gersuny vor Jahren kennen lernte und seitdem erfolgreich anwendet, ist das **Bestreichen mit Firniss**. Die erysipelatöse Haut wird bis handbreit über die sichtbaren Grenzen des E. hinaus mit Siccativ (bei jedem Farbenhändler zu erhalten) bepinselt, die ganze Fläche dann (um das Abwischen zu verhindern) mit Guttaperchapapier (oder Firnisspapier) bedeckt, das Ganze durch leichten Bindenverband geschlossen. Weit mehr als die Hälfte der vom Autor so behandelten Fälle zeigte danach ein überraschendes Verhalten: Der Schmerz hörte auf, die Temperatur fiel zur Norm und blieb so, es fand kein Fortschreiten des E. mehr statt. Erst nach 4 Tagen Entfernung des Verbandes (so lange braucht die afficirte Parthie, um normal zu werden). Aehnlich wie Firniss wirkt Collodium, Ichthyolsalbe (30%) u. dergl., eben als luftdichter Anstrich. Zu empfehlen sind auch 1—2 stündl. Waschungen mit Alkohol rectif.

(Wiener med. Doctoren-Collegium 2. XII. 1901. —  
Wiener med. Presse 1902 No. 1.)

**Fremdkörper.** Ueber Entfernung einer Stahlkugel aus dem Ohr mit dem Elektromagneten macht Dr. G. Alexander (Wien, Univers.-Ohrenklinik) Mittheilung. Ein 4jähr. Knabe hatte sich eine Eisenkugel aus dem Kugellager eines Fahrrades ins Ohr gesteckt. Ein Arzt hatte, als Auspitzungsversuche misslangen, zu einer Pincette gegriffen, die er erst bei Seite legte, als Schmerzen und Blutung auftraten. Pat. wurde in die Ohrenklinik gebracht. Gehörgang voll von Blut, nach dessen Wegspülung im Grunde des Gehörganges die convexe, spiegelnde Fläche der Kugel sichtbar wird.



Spritzversuche in verschiedensten Stellungen des Kopfes hatten keinerlei Erfolg. Pat. wurde darauf in eine Augenklinik transferiert, wo zunächst der Haab'sche Elektromagnet benutzt wurde. Unter dem sehr starken Strom rückte die Kugel wohl ein Stück vorwärts, extrahiert wurde sie aber nicht. Da das Kind sehr unruhig war und sein Ohr nur mit Mühe an den kugelförmigen Magnetpol gebracht werden konnte, wurde das Kind narkotisiert und als ultimum refugium vor einer event. Operation der Hirschberg'sche Magnet, mit einem geeigneten griffelförmigen Ansatz versehen, in Thätigkeit gesetzt. Die Extraction gelang sofort; sobald der Ansatz auf etwa 0,5 cm Tiefe in den äusseren Gehörgang gebracht war, wurde unter hörbarem Klatschen die Kugel angezogen und blieb haften. Es zeigte sich jetzt eine Ruptur des Trommelfells, zweifellos durch die Extractionsversuche mit der Pincette zu Stande gekommen. Durch die glückliche Entfernung des F. blieb dem Pat. die Operation erspart, und glaubt Autor, für alle magnetopositiven F. im Ohr (Stahlperlen u. dgl.) dieses Vorgehen empfehlen zu können.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1901 No. 49.)

- Die Entfernung einer Fischgräte aus dem linken Bronchus eines 3 $\frac{1}{2}$ jähr. Kindes gelang Dr. J. A. Killian (Worms) mittelst der *directen oberen Bronchoskopie* und eines stumpfen Häkchens ohne Blutvergiessen. Diese Methode ermöglichte es, den F. zu sehen und unter steter Controle des Auges zu extrahieren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 52.)

- Zur Aetiologie des Pneumothorax im Kindesalter giebt Dr. Zuppinger (Kronprinz Rudolf-Kinderspital, Wien) einen interessanten Fall bekannt. Ein 2 $\frac{1}{2}$ jähr., vorher ganz gesundes Mädchen, das sich Abends ganz wohl und munter ins Bett gelegt, schrie plötzlich in der Nacht auf, stöhnte vor Schmerzen, wurde blau, bekam keine Luft. Früh am Morgen ward es ins Spital gebracht, wo ein rechtsseitiger totaler Pneumothorax, vorläufig unbekannter Provenienz, constatirt wurde. Das Kind starb rasch, 36 Stunden nach Beginn der Krankheit, unter zunehmendem Lufthunger, Sinken der Herzkraft, Kräfteverfall. Auf dem Sectionstische zeigte sich die

Ursache des vorhandenen Pyopneumothorax. *Im Hauptbronchus des Unterlappens steckte, parallel mit dessen Achse, ein 4 cm langes Kornährchen*, das die Lunge durchbohrt hatte und 5 mm weit über der Lungenoberfläche hervorragte; am Endtheil des Bronchus fand sich ein kleiner Abscess, ringsum pneumonische Infiltration. Woher war aber in der Nacht so plötzlich das Kind zu diesem F. gekommen? In dem Bettbezüge seines Lagers waren schadhafte Stellen, sodass Stroh aus dem Strohsacke hie und da hervorkam. Mit diesem pflegte das Kind zu spielen, es hatte auf diese Weise in der Nacht das Ährchen aspirirt, das nun, da die Verhältnisse dazu ausserordentlich günstige waren, wie ein Pfeil vorwärts schoss, die Perforation bewirkte und, mit Infectionskeimen beladen, die weiteren Zerstörungen bedingte, die sich ungemein rasch entwickelten und den baldigen Exitus herbeiführten.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 1.)

**Gonorrhöe.** Zur Protargolbehandlung der G. macht Privatdoc. Dr. Jesionek (München, Dermatol. Klinik) einige Mittheilungen. Protargol erwies sich als recht wirksam, doch kamen auch Misserfolge vor, die man zunächst nicht begriff, bis es sich herausstellte, dass der richtigen Zubereitung der Protargollösungen eine grosse Bedeutung zukommt, und dass gerade hierin oft gefehlt wird. So müssen die Lösungen selbst in der Kälte hergestellt werden, wenn sie wirksam sein sollen, und sie dürfen auch nicht angewärmt werden behufs Benützung! Ferner ist Glycerinzusatz unnöthig und unzweckmässig, da Glycerin bei vielen Menschen auf die Schleimhaut reizend einwirkt (nicht selten tritt infolgedessen bei Anwendung der 20% igen Protargolglycerinlösungen als Prophylacticum eine einfache, nicht gonorrhöische Urethritis auf!). Man braucht das Glycerin gar nicht, da Protargol sich in Wasser sehr gut löst. Man vertheilt das Protargolpulver auf der Oberfläche der Wassermenge in einem möglichst flachen, schalenartigen Gefässe durch Aufpudern möglichst fein, sodass der Wasserspiegel wie mit einem pilzrasenartigen Ueberzug bedeckt erscheint; das Gefäss lässt man ruhig stehen, rührt nicht um; nach der vollkommenen Lösung, welche unter Verfärbung der Flüssigkeit einhergeht, bewirkt man den

gewünschten Concentrationsgrad durch Zugiessen von Wasser. Bringt man bei Zimmertemperatur auf die Oberfläche des Wassers in einem gewöhnlichen Schoppen-glas mit etwa 7 cm Weite 1 g Protargol in der geschilderten Weise, so hat man nach 10—12 Minuten eine richtig hergestellte 0,4%ige Lösung von klarer hellbrauner Farbe. Die Lösungen halten sich nicht lange, weshalb es zu rügen ist, wenn concentrirtere Lösungen behufs Verdünnung für den Einzelfall in den Apotheken vorrätzig gehalten werden. Der Arzt füge daher der Ordination bei, dass *die Lösung frisch und in Kälte herzustellen* ist! Injicirt man sie dann *un-gewärmt*, so wird man die gleichen guten Resultate erzielen, wie sie Autor an 387 Fällen erfuhr, die im Allgemeinen genau nach den Vorschriften Neisser's behandelt wurden. Darüber hier nur einige Bemerkungen. Man muss durch *möglichst häufige und möglichst pro-longirte Injectionen* das Mittel möglichst lange auf die Schleimhaut einwirken lassen. Gerade bei der Verwendung des Protargols muss der Gedanke sich immer mehr Bahn brechen, dass bei Beginn der Therapie gar nicht oft genug, soweit die entzündlichen Zustände der Schleimhaut dies nur einigermaassen gestatten, und beim Abschluss der Therapie gar nicht lang genug gespritzt werden kann. Protargol vermag sehr rasch die Masse des Secrets zu verringern, die Gonokokken abzutöden. Ein verhängnissvoller Irrthum aber ist es, sofort eine definitive Heilung anzunehmen und die Behandlung abubrechen. Bevor nicht mindestens 10 Tage hindurch die mikroskopische Untersuchung zahlreicher Präparate ein negatives Resultat ergeben hat, darf man von wirklicher Heilung nicht sprechen. Auch nach Verschwinden aller Symptome sollen die Pat. noch möglichst lange die Injectionscur fortsetzen! Man beginnt am besten mit  $\frac{1}{4}$ %iger Lösung, die man auch, wenigstens bei frischen Fällen, weiter beibehält. Andererseits scheinen Lösungen von  $\frac{3}{4}$ —2% bei den verschiedenen Graden älterer Infectionen sich so lange günstig zu erweisen, als eine gewisse Reizwirkung indicirt erscheint. Eine exacte Angabe, wann die Behandlung mit Adstringentien sich den Protargolinjectionen anreihen soll, ist schwer zu machen. Man muss da sehr individualisiren. Es kann durch eine zu frühzeitige Anwendung derselben

(bevorzugt wird Zinc. soxojodolic.) ebenso sehr geschadet werden, wie durch die gerade zur richtigen Zeit einsetzende Unterstützung der antibakteriellen Therapie der rasche und gründliche Ablauf der Affection gefördert wird. Im Allgemeinen wird *Zinc. soxojodolic.* ( $\frac{1}{2}$ —1%) dann in Gebrauch gezogen, wenn das Secret vorwiegend epithelialen Charakter angenommen hat, die Gonokokken verschwunden sind, andererseits aber auch, wenn, ohne dass beträchtlichere Hyperaemie oder Schwellung an der Harnröhrenmündung oder sonst irgendwo sich nachweisen lassen, die purulente Secretion, wie das ab und zu vorkommt, sich sehr hartnäckig erhält, auch wenn die Krankheitserreger selbst ganz oder theilweise aus den Präparaten sich verloren haben. Die Nothwendigkeit, ein Adstringens in die Behandlung neben das Protargol einzuführen, ist fast stets gegeben. Bei der *Erkrankung der Pars posterior* wird zur localen Therapie derselben erst dann gegriffen, wenn sie gar keine Tendenz zur Besserung verräth, sei es, dass eine solche spontan zu Stande kommt, oder unter dem Einflusse der bei den prolongirten copiösen Injectionen durch den Sphincter in die rückwärtigen Parthieen abfließenden Protargollösung. Sehr gern verwendet Autor „armirte Bougies“, geknöpfte elastische französische Bougies, frisch überzogen mit Protargol-Cacaobutter (10%), durch die neben Localwirkung des Medicamentes auch Dehnung der Schleimhaut, Ausgleichung ihrer Falten, mechanische Beeinflussung der entzündlichen Infiltrate erreicht wird. Die Bougies werden innerhalb 24 Stunden nicht öfter als 1 mal vom Arzte gelegentlich der Morgenvisite eingeführt und verbleiben 10—20—30 Minuten in der Harnröhre; während des Tages werden die Injectionen fortgesetzt. Diese Behandlung ergab die besten Resultate; meist genügen einige wenige Applicationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 45.)

- Ueber die **Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündung mit Salicyl** lässt sich Dr. M. Bockhart (Wiesbaden) aus. Salicyl ist hier durchaus wirksam, wenn es nur richtig angewandt wird, d. h. vor allem *nicht ununterbrochen, sondern in Zwischenräumen gegeben* wird. Pat. bekommt am 1. Tage 8—10 g Natr. salicyl. (pro dosi 1 g), am 2. Tage 6 g (gleichzeitig auf die kranken

Gelenke *Ichthyolsalbe* oder *Ichthyolvasogen* und darüber einen warmen Verband mit Watte und Flanellbinde). Am 3. und 4. Tage erhält er kein Salicyl (sondern nur local Ichthyol und Verband), am 5. und 6. aber wieder je 6 g pro die. Dann wird das Salicyl 3 Tage ausgesetzt, worauf Pat. wieder zwei Tage je 4–6 g (in Dosen à 0,5) erhält, und von nun an ebenso weiter (2 Tage Salicyl in Dosen à 0,5, pro die 4–6 g, dann 3 Tage Pause) bis zur Heilung oder wenigstens bis zum Verschwinden der Schmerzen. Die Ichthyolverbände (s. oben) werden mit Priessnitz'schen oder heißen Breiumschlägen vertauscht, wenn die Schmerzen nachlassen, und sobald Pat. ohne diese erst die Gelenke bewegen kann, bekommt er Bäder (26–28° R.). Sind die Schmerzen ganz weg, aber noch Schwellung zurückgeblieben, so wird vorsichtig mit Massage begonnen. Bei dieser Behandlung führt das Salicyl jedesmal wenn es gereicht wird, einen Fortschritt in der Besserung herbei, die dann in den Pausen wieder einen Stillstand erfährt, sodass die Heilung also gewissermaßen ruckweise erfolgt. Autor hat 65 Pat. so behandelt, nur 5 darunter ohne Erfolg. Sämtliche Pat. litten an frischer Gelenkentzündung; bei einfachem Hydrops genasen sie in 1–3 Wochen, bei schwereren Formen in 1–2 Monaten (in älteren Fällen ist Salicyl unwirksam). Recidive traten nie ein, ebensowenig Gelenksteifigkeiten. Letztere sind sonst sehr häufig, was Autor darauf schiebt, dass auf das erkrankte Gelenk eine Eisblase applicirt wird und dann immobilisierende Verbände zur Anwendung gelangen. Auf diese Weise werden ja die Schmerzen rascher beseitigt, die Pat. behalten aber dafür oft genug steife Glieder.

(Monatshefte für prakt. Derm. 1901 Bd. 33 No. 11.)

**Hysterie.** Einen Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor publicirt Dr. F. Jessen (Vereinshospital Hamburg). Zuerst beschrieb (1896) Nonne auf Grund mehrerer Beobachtungen dieses Krankheitsbild, und seitdem sind noch von verschiedenen Autoren derartige Fälle veröffentlicht worden, von denen einer (Flockemann) besonders interessant ist. Dieser Fall war nicht traumatisch, sondern nach Malaria entstanden, und er endete mit völliger Heilung, die allein psychischer Beeinflussung

zu danken war, indem sie eintrat, nachdem alle Heilmethoden erschöpft waren, als Pat. auf einen neuen Pavillon verlegt wurde, der ihm nicht sympathisch war. Dass dies sonst schwere, eigenartige Leiden nicht organisch bedingt ist, sondern functionellen Ursprung hat, darüber herrscht nur eine Meinung; unentschieden ist aber bisher, ob es sich um H. oder um eine besondere Art functioneller Erkrankung handelt. Da bisher nur 2 Heilungen bekannt sind, verdient der Jessen'sche, der ebenfalls mit Heilung einherging, besonderes Interesse. Der damals 34 jähr. Pat., aus nicht belasteter Familie und frei von Syphilis, Potatorium, bisher überhaupt gesund, stürzte am 6. I. 88, und zwar 5 m tief. Mehrere Stunden lang Bewusstlosigkeit. Am 5. Tage Erbrechen. 4 Wochen später „Fliegen“ der Beine beim Gehen. 8 Wochen nach der Verletzung bestand Polyurie, Rigor der Musculatur, namentlich an den unteren Extremitäten, schwere Sensibilitätsstörungen für alle Qualitäten; Riechen, Schmecken, Sehen links nur unvollkommen; hochgradige Einschränkung des linken Gesichtsfeldes für weiss und Farben; Sehnenreflexe sehr lebhaft. Im Laufe des nächsten Jahres kam zu der Steifigkeit der Musculatur das Zittern bei Bewegungen der Extremitäten. Das Gehör schwand links auch, die Gesichtsfeldeinschränkung wurde doppelseitig. 1½ Jahre nach der Verletzung bestand auch in der Ruhe ein dauernder hochgradiger Schütteltremor der Beine und in geringerem Maasse der Arme, der nur im Schlafe schwand. Dieser Zustand hielt sich ziemlich unverändert bis 1894 (also 6 Jahre), bis zu welcher Zeit Autor gelegentlich den Pat. sah, der die Vollrente bezog. Autor hatte in seinen Gutachten stets ausgeführt, die Prognose sei sehr schlecht, die einzige Möglichkeit einer Besserung in der Vermeidung psychischer Irritanten gegeben, also ein „Kampf um die Rente“ zu vermeiden. Pat. galt also als dauernd arbeitsunfähig, zumal er schlecht ernährt und sehr anaemisch erschien, den Eindruck eines Schwerkranken machte. Mitte 1901 lief nun eine Denuntiation bei der Berufsgenossenschaft ein, dass Pat. arbeite. Neue Untersuchung. Pat. nicht wiederzuerkennen. Ernährungszustand ausgezeichnet, ebenso Entwicklung der Musculatur, Gesicht gebräunt, keine Spur von Tremor. Erst bei der psychischen Erregung durch die Untersuchung eine Spur von Zittern

im rechten Arme. Von Steifigkeit und Rigidität nichts zu bemerken. Pat. arbeitet jetzt regelmässig. Objectiv noch hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen, complete Aufhebung von Riechen und Schmecken, des Rachenreflexes, des Conjunctivalreflexes, Analgesie an denselben Stellen, wie früher. Autor beantragte eine Rente von 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. *Dieser schwere Fall war also spontan in „Heilung“ übergegangen*, insofern als die Erscheinungen, die den Pat. an der Arbeit hinderten, die Steifigkeit, der enorme grobschlägige Schütteltremor, die allgemeine Schwäche, verschwunden waren. Die noch restirenden Stigmata beweisen wohl im Verein mit dem spontanen Verschwinden jener schweren Symptome die Zugehörigkeit des Falles zur H. Die „Heilung“ ist wohl nur der psychischen Ruhe zu danken, d. h. dem Fortfall von Erregungen über den Besitz der Rente. Es bleibt abzuwarten, ob der psychische Waffenstillstand, der jetzt herrscht, durch den Uebergang von der Vollrente zu 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> unterbrochen werden wird; denn die noch vorhandenen Symptome beweisen, dass nur ein Schlummerzustand der nervösen Erregung vorhanden ist, dass Verschlimmerungen wieder eintreten können.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1901 No. 12.)

- Ueber **hysterische Blindheit** lässt sich H. Horn aus, zwei eigene Beobachtungen mittheilend. Die 1. betrifft eine jetzt 45jähr. Pat., die seit 1879 an Anfällen doppelseitiger Erblindung leidet, deren Dauer 8 Tage bis zu 5 Jahren beträgt. Ausser anderen Symptomen der H. besteht dabei Ptosis und Contractur beider Recti interni. Die andere, jetzt 32jähr. Pat., Telephonistin, ist von einer atmosphärischen Entladung getroffen worden, die linksseitige Blindheit, Taubheit, Aufhebung des Geruchs, Geschmacks und Gefühls auf einem Theile der linken Seite zur Folge hatte. Der Zustand dauert seit 8 Jahren unverändert an. Diese beiden Fälle stellen zugleich die Haupttypen der hysterischen Blindheit dar, die bald ein-, bald doppelseitig ist. Unter 49 Fällen, die Autor zusammenstellte (incl. den beiden eigenen) 26 doppelseitig, 23 einseitig. Es muss aber berücksichtigt werden, dass wohl kaum ein Fall von doppelseitiger Erblindung nicht zur ärztlichen Kenntniss gelangt, während einseitige

leicht mal übersehen werden können. Die Erblindung tritt nicht immer gleichmässig auf; es giebt eine einmalige und eine wiederholte Form, und letztere kann wieder intermittirend und recidivirend sein. Unter den Fällen waren 2 regelmässig, 2 unregelmässig intermittirende und 9 recidivirende. Die wiederholten Anfälle sind in der Minderzahl (13 gegen 32 einmalige). Bezüglich der Dauer der Blindheit herrscht allgemein die Anschauung, dass sie meist sich auf Stunden und Tage beschränke. Das Material des Autors weist indessen im Ganzen nur  $\frac{1}{3}$  auf, wo dies zutrifft; die doppelseitige Blindheit ist etwa in der Hälfte der Fälle transitorisch. Wir können also gar nicht so selten auf längere Dauer rechnen. Von Wichtigkeit, besonders forensischer, ist die Art, wie die Blindheit einsetzt und wie sie verläuft. Am meisten herrscht hier die Ansicht, dass sie plötzlich eintritt, und zwar in der Regel im Anschluss an einen hysterischen Anfall; dann werden Gemüthsbewegungen, Traumen u. s. w. als Ursache beschuldigt. Für die Anlehnung an hysterische Anfälle fanden sich recht wenige Beispiele, ebenso für Gemüthsbewegungen. Trauma gab 8 mal Veranlassung; die Verletzungen brauchen nur ganz geringfügiger Natur zu sein. In 5 Fällen fehlte jede nachweisbare Ursache, in 4 von diesen auch jedes Prodrom. Auch ganz geringfügige Einwirkungen zu therapeutischen Zwecken (Blutentziehung am Kopf, Zahnoperationen, Atropineinträufelung u. dgl.) haben die Blindheit hervorgerufen; in einem Falle entstand sie schon nach Aufrichten in gebückter Stellung. Anderweitige hysterische Symptome waren nicht immer vorhanden; die Blindheit kann also monosymptomatisch auftreten. Was die Betheiligung der Augenmuskeln anbelangt, so fand sich keinmal Lähmung der Binnenmuskeln; 8 mal Starre (theils als Mydrisis, theils als Myosis) erwähnt, 15 mal Pupille als normal bezeichnet; 2 mal Lähmung des Levator palpebr. sup., 1 mal Krampfzustand desselben; die übrigen Muskeln 6 mal spastisch afficirt. Ausgang der Blindheit in der Regel günstig. Wiederkehr des Sehvermögens erfolgt meist plötzlich. Bei langsamem Verschwinden des Zustandes einige Male kurze Hemianopsie bemerkt (nicht die echte, sondern eigenartig angeordnete concentrische Gesichtsfeldeinschränkung). In forensischer Hinsicht ist



zu beachten, dass die Untersuchung mit **Prisma, Stereoskop** u. s. w. keine Resultate geben kann. Der hysterisch Blinde verhält sich an diesen Apparaten genau wie der Simulant. Auch der Umstand, dass der Zustand sich sehr in die Länge zieht, dass die Amaurose das einzige hysterische Symptom, dass sie ohne Prodrome, ohne nachweisbare Ursache aufgetreten ist, darf nicht zur Annahme einer Simulation verleiten; das ganze psychische Bild ist ins Auge zu fassen. Bei einseitiger Blindheit dürfte ein Symptom einen positiven Anhaltspunkt geben, nämlich das Abirren des blinden Auges beim Verdecken des gesunden, während es beim binocularen Sehaect fixirt.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 9. XII. 1901. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1902 No. 1.)

### **Intoxicationen.** Tollkirschenvergiftung beobachtete

Eberschweiler (Wolfhalden) bei *zwei Kindern* (3 u. 4jährig). Ausser den bekannten Vergiftungserscheinungen fielen bei beiden typisch-choreatische Bewegungen der Hände auf, als ob Wolle gezupft oder gestrickt würde. Puls 120 resp. 136. Als nach guter Entleerung des Magens die Symptome sich eher noch verschlimmerten und bei dem einen Kinde Krampfstände auftraten, beim anderen aufgeregt soporöser Schlaf, da injicirte Autor jedem 0,002 Morph. hydrochloric. subcutan. Nach etwa 10 Minuten wichen die beunruhigenden Atropinerscheinungen friedlichem Schläfe, aus dem die Pat. nach 6 Stunden ziemlich munter erwachten; Verwirrtheit völlig verschwunden, Puls 100 resp. 106, freilich noch starke Schluckbeschwerden, ataktischer Gang, geringe choreatische Bewegungen der Hände. Nach einigen Tagen völlige Reconvalescenz. Die Wirkung der *Morphiuminjection* war eine so eclatante gewesen, dass Autor in Zukunft diese Therapie wieder einschlagen würde, ohne zunächst höhere Dosen zu benützen, da die angewandte ja selbst bei diesen schweren Fällen auszureichen schien.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1901 No. 23.)

- Einen Fall von schwerer Pyrogallolvergiftung publicirt Dr. P. Rusch (Dermatolog. Klinik Innsbruck). Es wird dort sehr häufig bei *Psoriasis* eine 10%ige Pyrogallol-salbe zur Anwendung gezogen, die nach exacter Ent-

fernung der Schuppen gleichmässig auf gesunde und kranke Hautstellen Morgens applicirt wird (darüber kein Verband; Abends wird, wenn nöthig, etwas Salbe auf die Psoriasisherde nachgepinselt). Täglich Inspection des Urins; bei Verfärbung desselben, wie bei Klagen der Pat. die auf beginnende I. hinweisen könnten, Mattigkeit, Kopfschmerzen etc., wird die Behandlung ausgesetzt und erst dann wieder aufgenommen, wenn diese Erscheinungen zurückgegangen sind. Unter Beobachtung dieser Vorsichtsmaassregeln kamen noch nie I. vor, bis jetzt eine 37jährige Frau, *im 7. Monate der Gravidität stehend* und am ganzen Körper mit Psoriasis behaftet, zur Aufnahme gelangte. Nachmittags, nach Entfernung der Schuppen, Einstreichen der 10%igen Salbe (am Kopfe Praecipitatwismuthsalbe). Am nächsten Morgen nochmals Application, Abends Nachpinselung mit der Salbe, und Tags darauf, da bisher ungestörtes Wohlbefinden, Vormittags 4. Einpinselung. Nachmittags plötzlich alarmirende Erscheinungen: starkes Unwohlsein, grosse Hinfälligkeit, Wundsein und Brennen an der Haut. Local leichte Dermatitis. Gesicht eigenthümlich blass und aschfahl, Temp. 37,2°, Puls regelmässig, kräftig (84), mässige Dyspnoë (24 oberflächliche Athemzüge), Urin dunkelbraunschwarz, frei von Eiweiss und Blut. Entfernung der Salbenreste. Keine Besserung, eher Verschlimmerung, sodass die Prognose trist erscheint. Tags darauf Pat. bereits somnolent, Gesicht verfallen; zu dem eigenthümlich schmutzig graugrünen Colorit der Gesichtshaut hat sich eine gelbliche Verfärbung der Skleren hinzugesellt; Puls klein, leicht unterdrückbar (120), hochgradige Dyspnoë (23), Temp. 37°; kindliche Herztöne nicht mehr wahrnehmbar. Harn tief dunkelbraun, nicht vermindert, spec. Gewicht 1013, sauer, Spuren von Albumen; im Sedimente keine Cylinder, keine rothen Blutkörperchen, kein Blutfarbstoff; Pyrogallussäure nicht nachweisbar. Die Reizerscheinungen an der Haut haben zugenommen; an den unteren Extremitäten zahlreiche schmerzhaft, schwärzliche Schorfe. Bei der fortschreitenden Cyanose und sinkenden Herzkraft schienen therapeutische Maassnahmen wenig aussichtsvoll, doch wurde die *Evacuation des Uterus* doch noch versucht, und zwar mit eclatantem Erfolg. Als die eingeleitete künstliche Frühgeburt sich

vollzogen, schwanden fast sofort die gefahrdrohenden Erscheinungen, die Bewusstlosigkeit, Cyanose, Dyspnoë etc. Pat. erholte sich rasch und konnte nach Ablauf der Dermatitis durch eine andere Psoriasiscur auch von diesem Leiden befreit werden. Es hatte sich trotz des Fehlens gastrointestinaler und renaler Symptome zweifellos um Pyrogallolvergiftung gehandelt, hervorgerufen durch relativ kleine Mengen dieses Mittels, die hier offenbar in Folge von *Intoleranz hervorgerufen durch die Gravidität*, so deletär wirkten. Es ergibt sich daraus, dass die für Psoriasiscuren ausgezeichnet wirksame und in ihrer Handhabung so bequeme Pyrogallussäure bei Schwangeren contraindicirt ist. Auch Theer, Chrysarobin, Praecipitatsalbe (Gravide neigen ohnedies zu Schwellung und Blutungen des Zahnfleisches!) könnten hier gefährlich werden. Man greife zu den von Nencki dargestellten *Gallacetophenon*, einem Alizarinderivate, das auch Rille seit 1891 sehr gern anwendet, und zwar als 20 %ige Salbe oder 25 %iges Pflaster\*) (erstere wird wie Pyrogallol applicirt). Das Mittel erwies sich als durchaus ungiftig und hat nur den Nachtheil, dass es die Wäsche grüngelb verfärbt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 52.)

### **Magen- und Darmkatarrhe.** Diaet bei chron.

**Diarrhö** ist nach Dr. G. Rosenfeld (Breslau) das rationellste Heilmittel. Durch passende, streng durchgeführte Diaet kann man jede chronische Diarrhö heilen, ohne Medicamente zu gebrauchen. Es sind alle den Darm reizende Speisen zu vermeiden, d. h. ausser grünen Gemüsen, Obst, Bier, Fruchtsäften und allen sehr kalten Gerichten, speciell: Fleisch, Butter, Milch. *Am schädlichsten ist die Milch*, sei es, dass der Milchzucker schuld ist, der laxirend einwirkt, der ferner der Milchsäuregährung fähig ist und durch die Production dieser Säure vielleicht reizt, sei es dass die Milch der Bakterienflora des enteritischen Darmes besondere Bedingungen schafft, sodass abführende Toxine in reicherer Menge entstehen. *Auch Fett, namentlich Butter, und zwar noch mehr die rohe, als die gekochte, erhöht die Irritabilität des Darmes, desgleichen — aber relativ*

\*) Von Turinsky in Wien.

*am wenigsten* — *Fleisch*, das nicht in allen Arten gleichmässig wirkt: Hühner- und Taubenfleisch am wenigsten, dann Kalbfleisch, schliesslich Rindfleisch. Eine eigenthümliche Stellung nimmt das Schweinefleisch deshalb ein, weil gekochter Schinken meist (aber nicht ausnahmslos) gut vertragen wird. Weichgekochte Eier, mit Salz genossen oder in Bouillon verquirlt, haben das Schicksal des Schinkens (es giebt aber Menschen, die auch Eier nicht vertragen). Die Substanzen, welche nun die Antidiarrhoëkost strengster Observanz constituiren, sind Reis, Haferschleim, Gries, Sago, Graupen, Cacao, Zucker, Chocolate, Thee, Weissbrot, Zwieback, Cakes; von thierischen Stoffen nur Fleischbrühe, (speciell Hammelbouillon gilt als stopfend). Der Speisezettel auf der ersten Stufe der Behandlung ist also ein recht eintöniger. Zum Frühstück: Thee mit Zucker oder Wassercacao, Wasserchocolate, Zwieback. 2. Frühstück: Bouillon, Zwieback. Mittags: Bouillon mit Graupe, Reis (in Wasser gekocht) mit Zimmt und Zucker, Zwieback, Chocolate, Cakes. Nachmittags: wie Morgens. Abends: Haferschleim (in Brühe gekocht), Reis. Als Getränk nur gekochtes Wasser (kein rohes, kein kohlen-säurehaltiges!), Reiswasser oder Thee. Diese Diät wird solange genossen, bis der Darm völlig beruhigt ist, d. h. bis er weder spontan, noch auf Druck empfindlich ist und bis jeder Stuhlgang aufgehört hat, ausser demjenigen, der 1 mal in 24 Stunden zur Entleerung von ganz festen Faeces führt. Dazu gehört mitunter nur eine kurze Frist, bisweilen aber auch 3—4 Wochen. Ist nach diesem Termin nicht diese Heilung erreicht, dann liegt ausser Darmkatarrh noch irgend etwas Anderes vor, was die Diarrhoë unterhält: Ulcerationen, Stenosen u. dergl., und es wäre grausam, hier noch länger auf der strengen Form I zu bestehen, die normale Darmfunction allein auf dem Wege der Regelung der Ernährung erzwingen zu wollen. Uebrigens kann man bei dieser Form die Pat. ziemlich gut bei ihrem Gewicht erhalten, selbst wenn sie nur Reis, Chocolate und Zwieback essen.

100 g Reis	=	320 Calorieen
200 g Chocolate	=	880 „
300 g Zwieback	=	960 „
Summa		= 2160 „

Das reicht für die meisten Menschen im Ruhezustand pro die aus, und es ist leicht, diese Menge noch um ein paar Hundert Calorieen zu überschreiten. Nur die Eintönigkeit der Kost erfordert Geduld und Energie. Wenn nun durch 2 Tage hindurch ein tadelloses Verhalten des Darmes und Stuhlganges erzielt ist, so gehe man zur zweiten Stufe über, d. h. man lege der ersten Form noch ein in der Brühe gekochtes Huhn oder Taube zu. Besteht auch dann noch die vollendet gute Darmfunction wieder 2 Tage lang, so lasse man (3. Form) Taube und Huhn „in der Kraft dunsten“, d. h. mit einigen Löffeln Wasser kurz einkochen. Zur 4. Form darf man auch nur wieder bei gutem Stuhl während zweier Tage und reactionslosem Verhalten des Darmes, wie zu allen folgenden übergehen; sie besteht in Form I + einer in Butter gebratenen Taube. Für jeden Uebergang sei noch besonders auf die Nothwendigkeit einer Reiszulage aufmerksam gemacht. Wird die gebratene Butter reizlos vertragen, so tritt Form 5 ein, welche rohe Butter gestattet. Form 6 gewährt endlich Milch, zunächst esslöffelweise (die Methode, am 1. Tage einen, am 2. zwei Esslöffel u. s. w. nehmen zu lassen, führt manchmal dahin, dass Pat., die früher nie Milch vertrugen, sie dann literweise toleriren). Ist diese Form (Milch literweise) ohne Reaction durchgeführt, so kann die Kost bald in die gewöhnliche umgewandelt werden. Tritt auf irgend einer Stufe eine Störung ein, so muss man ohne Erbarmen zur 1. Form zurückgreifen und in langsamem Tempo wieder zur Höhe emporklimmen. Der Erfolg der ganzen Cur steht in Frage, wenn man das geringste Bauchgrimmen übergeht oder nicht sofort die vorgeschriebenen Maassnahmen ergreift, wenn der Stuhl nicht den allerstrengsten Anforderungen an Derbheit genügt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1901 No. 20.)

- Den praktischen Werth der **Bismutose**, jenes von Laquer eingeführten und von Kalle & Co. (Biebrich a. Rh.) dargestellten Präparates, hat Dr. Manasse (Karlsruhe) bei 23 Fällen, Kinder und Erwachsene betreffend (Cholera nostras, Cholera infantum, Gastroenteritis, Colitis) erprobt. Das feine, weisse, geruch- und geschmacklose Pulver wurde in ziemlich hohen Dosen

intern (Säuglinge erhielten es stündlich messerspitzen-, Kinder von wenigen Jahren stündlich thee- bis kaffee-  
löffelweise, Erwachsene stündlich  $1\frac{1}{2}$ —2 Kaffeelöffel  
bis zu 10 g pro die (und darüber) und oft daneben  
noch per klysma (Säuglinge  $3 \times$  tägl. 3 g, Erwachsene  
 $3 \times$  tägl. 2 Kaffeelöffel in Reisswasser oder Stärke) ge-  
geben, ohne je unangenehme Nebenerscheinungen zu be-  
wirken. Es wurde stets gern genommen, selbst von  
kleinen Kindern nicht verweigert. Um eine mandel-  
milchartige Emulsion zu erzielen, fügt man dem Pulver  
langsam und tropfenweise unter Umrühren heisses  
Wasser zu; der Brei nimmt dann mit Leichtigkeit be-  
liebige Mengen Wasser, Thee, Reisschleim, Eiweiss-  
wasser, Abkochung von Kalbsfüssen und Stärkelösung  
(Klystiere) auf. Die Möglichkeit, das Präparat in dieser  
Weise zu verarbeiten, gewährt den Vortheil, auch  
Klystiere zu appliciren, die von wesentlichem Nutzen  
bei Erkrankungen der unteren Dickdarmparthieen sind.  
Bismutose bewährte sich in allen Fällen als gutes  
Adstringens und Darmtonicum, und der Preis ist, wenn  
es als Schachtelpulver ordinirt wird, relativ niedrig.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 1.)

**Neuralgien.** Einen Fall von reiner Metatarsalgie sah  
Dr. Aug. Blencke (Magdeburg). Eine Pat. klagte  
über Schmerzen im rechten Fuss in der Gegend der  
4. Zehe, die bereits seit 4 Wochen beständen; ihrer  
Meinung nach rührten dieselben von einer kleinen  
Verstauchung des Fusses her, die sie sich beim Ab-  
springen vom Rade zugezogen hätte. Autor dachte  
sofort an „Plattfuss“, da es sehr häufig vorkommt,  
dass Schmerzen, über die Pat. an bestimmten Stellen  
des Fusses klagen und die irgend einem Trauma zu-  
geschrieben werden, wie die Untersuchung ergibt,  
einfach von einem bestehenden, resp. beginnenden  
Plattfuss herrühren, bei dem ja die Schmerzen äusserst  
wechselreich localisirt sein können. Hier fand sich  
aber keine Spur von Plattfuss. Die Schmerzen traten bis-  
her anfallsweise auf, oft auch sogar des Nachts, wenn  
Pat. ganz still im Bett lag, verschwanden aber Morgens  
beim Aufstehen gewöhnlich wieder; oft stellten sie  
sich auch beim Gehen ein, liessen dann aber meist  
nach, sobald Pat. die Schuhe auszog. Irgendwelche

krankhaften Veränderungen an dieser Stelle nicht nachweisbar; drückte man mit dem Finger auf die fragliche Stelle, so erfolgte jedesmal prompt ein heftiger Schmerz. Es musste sich um einen jener seltenen Fälle von reiner Metatarsalgie handeln, die nach Morton, der sie zuerst beschrieb, „Morton'sche Krankheit“ genannt wird. Nach Tillmanns ist das eine Neuralgie, die im Bereiche des Metatarsus, besonders der Metatarsusköpfchen heftige Schmerzen verursacht. Die erste Ursache des Leidens ist bisweilen ein Trauma, meistens aber *zu enges, resp. zu schmales, kurz unzweckmässiges Schuhwerk*, das den Vorderfuss von den Seiten her zusammen-drückt. Diesem Umstande schreibt auch Morton das überwiegende Vorkommen beim weiblichen Geschlecht zu. Hier sind auch sogen. zweibällige Schuhe üblich, die abwechselnd bald auf dem rechten, bald auf dem linken Fuss getragen werden können, — ein absolut unzweckmässiges Schuhwerk. In allen Fällen, wo das Schuhwerk die Ursache bildet, treten gewöhnlich anfangs die Schmerzen nur nach längerem Gehen oder Stehen in den betreffenden Schuhen auf. Mit der Zeit kommen sie auch beim Gehen mit unbeschuhten Füßen, endlich selbst Nachts, sich auch an Intensität oft sehr verschlimmernd. Blencke's Pat. hatte ebenfalls vorn möglichst spitze, sehr kleine und schmale Schuhe. Als sie dieselben ablegte und sich entschloss, weniger zierliche, dafür richtig zugeschnittene Schuhe zu tragen, da verschwand das Leiden nach und nach, und jetzt ist Pat. bereits seit 12 Wochen beschwerdefrei. Der Fuss hatte auch bei Röntgendurchleuchtung keine Abnormität ergeben, es hatte sich also lediglich um eine seitliche Compression der Metatarsalköpfchen und der dazwischenliegenden Nervenästchen, um eine *Neuralgie des N. plantaris extern.* gehandelt, *bedingt durch Einpressung von Aesten desselben zwischen den Metatarsalköpfchen.*

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 37.)

- **Salochinin** lernte Doc. Dr. Fr. Tauszk (Budapest) als *werthvolles Antineuralgicum* schätzen, das, ohne unangenehme Nebenwirkungen, wie seine Componenten, Chinin und Salicyl, hervorzurufen, deren therapeutische Wirkung in sich vereinigt und auch sonst prompt analgetisch

wirkt, wie bei Fällen von *acuter* und *chron. Polyarthrit*, bei *Muskelrheumatismus*, *Influenza*, den lancinirenden Schmerzen der *Tabiker* vielfach beobachtet werden konnte. Autor gab gewöhnlich 3 mal tägl. 1 g des Mittels; bisweilen empfiehlt es sich, diese 3 g pro die in kürzeren Intervallen, 1—2 stündlich zu verabreichen. Als Antipyreticum entfaltete Salochinin nur mässige Wirksamkeit.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 1.)

**Rhinitis.** Ueber Behandlung der geschwollenen unteren Nasenmuschel bei der Rh. vasomotoria schreibt Dr. W. Lublinski (Berlin). Es kommen nicht selten Pat. zur Untersuchung, die über anhaltende Nasenverstopfung, seltener auf beiden Seiten zugleich, als vielmehr bald auf der einen, bald auf der anderen Seite klagen. Schon am Morgen beim Erwachen ist gewöhnlich die Nasenseite, auf der die Pat. geschlafen haben, vollkommen verlegt, während die andere Seite für den Luftstrom, wenn auch nicht frei, so doch immerhin manchmal allerdings mit einer gewissen Anstrengung durchgängig ist. Leichte, meist wässrige Secretion stellt sich alsdann ein, hört aber fast immer schon während der ersten Morgenstunden auf. Tonlose Sprache, Kopfdruck meist im vorderen Theil des Schädels, Trockenheit im Halse, leichtes Husteln, oft auch Gehör- und Athemstörungen begleiten das Leiden. In der Nase findet man starke Schwellung der unteren Muschel, die oft die Nasenscheidewand nicht allein berührt, sondern sich sogar platt an derselben drückt. Dabei Schleimhaut gewöhnlich nicht geröthet, häufiger sogar blass; Secretion, wenn keine acute Entzündung besteht, sehr gering, meist wässrig, selten schleimig. Schleimhaut (mit der Sonde berührt) der Muschel fühlt sich teigig an, lässt sich eindrücken, ja, wenn man fest auf sie drückt, verschwindet die Schwellung, so dass die Nasenathmung wieder möglich wird. Ebenso gelingt es, mit wenigen Tropfen einer 5%igen Cocainlösung in die Schleimhaut eingerieben, die Schwellung zeitweise zum Verschwinden zu bringen. Fast immer erstreckt sich diese auf die gesammte Muschel, und alles erscheint gleichmässig verdickt; es handelt sich eben um eine *Ueberfüllung der cavernösen Räume*.



(Rh. vasomotoria). Diese findet sich am häufigsten bei *anaemischen* und *chlorotischen* Individuen und ist sehr oft combinirt mit *Röthe der Nasenspitze und deren teigiger Schwellung*, welche Verunstaltung die Pat., namentlich die weiblichen, häufiger zum Arzt führt, als die Verstopfung; die Nasenspitze nimmt eine mehr quadratische Form an und fühlt sich teigig an, gleichsam als wenn kein Knorpel darin wäre (die Röthung fehlt bisweilen), eine Folge der Stauung im Gebiet der Nasenvenen und Lymphgefäße, die ihrerseits bedingt wird durch die starke Ausdehnung der Schwellkörper der Nasenschleimhaut, welche einen Rückfluss aus diesen erschwert. Die Behandlung dieses Leidens hat zunächst auf die allgemeine Constitution der Pat. Rücksicht zu nehmen. Kräftige Ernährung, Eisen und Arsen, Abhärtung u. s. w. werden in leichten Fällen genügen. Unterstützend wirkt leichte *Massage der geschwollenen Muschel* mit einer in *Mentholparaffin* ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  %) getauchten Wattesonde (2—3 mal wöchentlich 5—10 Minuten, mit leichter Hand und ganz allmähig zunehmendem Drucke). Diese Mentholparaffinlösung ist übrigens ein ausgezeichnetes Reinigungsmittel für die Nase; mittelst Augentropfglases in die Nase geträufelt, ersetzt sie meist Ausspülungen vollständig. Führt nun jene Behandlung nicht zum Ziel, dann wirkt oft noch die Galvanokaustik, die freilich mit heftigen Beschwerden verbunden und nicht einfach ist. Von jedem Arzt aber ausführbar, viel weniger Beschwerden machend und ungefährlich ist die *sklerogene Methode*, die dem Autor, der sie seit 3 Jahren anwendet, manch schönen Erfolg gezeitigt hat. Sie besteht in der *submucösen Injection einer 10%igen Chlorzinklösung*, von der oft schon  $\frac{1}{2}$  dcg genügt, um dauernden Erfolg zu erhalten. (Lannelongue empfahl das Chlorzink zur sklerosirenden Umwandlung des Gewebes behufs Verschluss von Hernienbruchpforten). Man bedarf nur einer einfachen Pravazspritze, deren Cantülnennadel etwa noch einmal so lang, wie eine gewöhnliche ist. Nachdem die Schleimhaut der Muschel mittelst 10%iger Eucainlösung unempfindlich gemacht ist, wird das Nasenloch mit des Autors einfachem federnden Speculum, das garnicht raumbeschränkend ist, erweitert, die Nadel in die Schleimhaut eingestochen, so nah wie möglich am

Knochen entlang geführt, bis man ins hintere Ende der Muschel gekommen ist (man achte, dass man nicht etwa in die Nasen- oder Nasenrachenhöhle gelangt!), worauf man, die Nadel langsam zurückziehend, nach und nach 6—10 Tropfen in das Gewebe hineinspritzt; nach Entfernung der Nadel drückt man einen mit 10% iger Antipyrinlösung befeuchteten Wattepfropf gegen die Einstichöffnung, da manchmal heftige Blutungen den Erfolg der Injectionen vereiteln. Schmerzen treten fast nie ein, nur schwillt die Muschelschleimhaut an, sodass die Nasenseite für einige Tage noch stärker verschlossen ist. Das ist in 8—14 Tagen verschwunden. In etwa 50% der Fälle muss die Injection nach 4—6 Wochen wiederholt werden, und manchmal ist auch dann der Erfolg sehr gering, meist jedoch ist derselbe sehr zufriedenstellend.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 52).

- **Amyloform als Specificum gegen Schnupfen** lernte H. Lepa (Bajohren) bei sich und vielen Pat. schätzen. Das reizlose Pulver (des hohen Preises wegen verordnet man es am besten mit Amyl. oryz. aa), das stündlich und noch öfters geschnupft werden kann, beseitigt, sofort angewandt, meist in 3—4 Tagen das lästige Leiden.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 4.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen

**Fall von Schwangerschaftsniesen** publicirt Dr. K. Heil (Darmstadt). Pat. früher stets gesund und regelmässig menstruirt. hatte ihre letzten Menses vom 18.—20. II 1901, also vor 11½ Wochen (Tag der Untersuchung 8. V. 1901). Als bald nach Cessiren der Menses trat heftiges, häufiges Niesen auf. Seit 7. V. 1901 starke Blutung, beginnender Abortus. Dieser verlief am folgenden Tage spontan. Ungestörte Convalescenz. Am 17. VII. 1901 erscheint Pat. wieder. Letzte Periode am 1. VI. Seit 8 Tagen wieder heftiges, häufiges Niesen, das seit dem Abort nicht wieder aufgetreten war. Die Diagnose Gravidität im Beginn des 2. Monats hat sich in der Folge bestätigt. Pat. führt den 1. Abortus auf das heftige Niesen zurück. Um der event. Wiederholung dieses Ereignisses vor-

zubeugen, cocainisirte Autor die Nasenschleimhaut wiederholt mit 5% iger Lösung. Besonders die Schleimhaut des Septum war stark injicirt; sonst nichts Abnormes in den Nasenhöhlen, auch keine vermehrte Secretion. Bereits nach einmaligem Cocainisiren lies das Niesen nach, nach zweimaligem ging die Gefässinjection der Nasenschleimhaut bedeutend zurück, nach wiederholtem schwand das Niesen nahezu vollständig. — Da es den Rhinologen bekannt ist, dass während der Schwangerschaft Schwellungen der Nasenschleimhaut, stärkere Gefässinjection derselben, ja sogar lebhaftes Wuchern von Schleimpolypen nicht selten zu beobachten sind. Veränderungen, die mit vorrückender Schwangerschaft oder während oder nach dem Wochenbett wieder spontan zu schwinden pflegen, so dürfte für die Fälle von „Schwangerschaftsniesen“ die Annahme eines von der Genitalsphaere ausgelösten Reflexes als Ursache des Niesens von der Hand zu weisen sein. Die weit einfachere Erklärung dürfte vielmehr die sein, dass infolge der durch die Schwangerschaft herbeigeführten Veränderung im Circulationssystem die Nasenschleimhaut aufgelockert und stärker injicirt wird, ohne dass ein Katarrh besteht; diese stärkere Gefässfüllung verursacht ihrerseits durch Druck oder vermehrte Spannung eine Reizung der sensiblen Nasennerven, die alsdann das Niesen auslöst. Es ist also aetiologisch maassgebend die congestive Hyperaemie, die ja in dieser Zeit so stark werden kann, dass Ruptur der Gefässe und Nasenbluten eintritt.

(Münchener med. Wochenschrift, 1901 No. 44.)

- Ueber **Asepsis und Antisepsis in der operativen Geburtshilfe** hielt Eberhart einen Vortrag, dem wir Folgendes entnehmen: Wenn auch die Erfolge in der Leipziger Klinik zu denken geben, kann sich Autor keineswegs auf diesen Standpunkt stellen. Ebenso sind für ihn die Erfolge des Mannheimer Wöchnerinnen-Asyls nicht maassgebend, da dies Institut weder den Kliniken, noch den Verhältnissen in der Praxis völlig entspricht. Die höchst widersprechenden Ansichten bezüglich des Bakteriengehaltes der Scheide können uns unmöglich zur Richtschnur dienen. Autor glaubt zwar auch, dass auf die sogen. Selbstinfection keine Todesfälle im

Wochenbett bei normalen Geburten vorkommen können, ist aber immer noch, als früherer Assistent Kaltenbach's, ein Anhänger von dessen Lehre und macht bei allen operativen Eingriffen, speciell den uterinen, insbesondere vor der Placentarlösung noch desinficirende Scheidenspülungen, wobei er die denkbar günstigsten Erfolge erzielt. Hegar sagte erst kürzlich, dass seiner Ansicht nach beim Puerperalfieber nicht oft genug ausgespült würde; er führt ein Rohr in den Uterus, lässt es 1—2 Tage liegen, um damit zu drainiren, und lässt 1—2 stündlich desinficirende Ausspülungen mit Chlorwasser ( $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$  L. auf 1 Liter Wasser) machen. Krönig ist gegen jede Desinfection, gegen jede Spülung sogar bei Placentarlösung, bei der puerperalen Endometritis. Olshausen hält bei Lösung der Placenta die prophylaktische Desinfection für eine nicht zu unterlassende Sicherheitsmaassregel. Sind in der Scheide keine pathogenen Keime, warum da Vorsichtsmaassregeln bei der Placentarlösung, wie sie z. B. Burckhardt empfiehlt (durch Specula die Scheide völlig zu entfalten, damit die Hand keine Keime in den Uterus bringt)? Eberhard ist ganz der Ansicht Sticher's, der auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultate kam, die beste Handhabe zur erfolgreichen Bekämpfung der puerperalen Infection sei Asepsis (in Bezug auf die Hand des Geburtshelfers) und Antisepsis (in Bezug auf die Vorbereitung der äusseren Genitalien und des Genitalcanals der Kreissenden). Bei spontanen Geburten sind Ausspülungen nicht nöthig, wohl aber bei pathologischen, wo öfters untersucht wird, Eingriffe nöthig werden, insbesondere aber bei jedem intrauterinen Eingriff, vor allem vor der Placentarlösung (die Autor aber nicht mit Gummihandschuhen macht). Solange die Ansichten über den Bakteriengehalt der Scheide so widersprechend sind, ist hier Antisepsis durchaus geboten, und Hofmeier's Ausspruch erklärlich, dass der Arzt, welcher die Kreissende bei operativen Eingriffen nicht intravaginal desinficirt, sich eines Verstoßes gegen § 222 des R.-Str.-B. schuldig machen kann. Wer so glänzende Erfolge aufweist, kann zu diesem Ausspruche gelangen und hat das Recht dazu. Auch Autor *empfiehlt aus vollster Ueberzeugung die vaginalen Spülungen vor intrauterinen Eingriffen, insbesondere vor der Placentarlösung*; auch er verdankt

diesen seine guten Erfolge. Schaden kann dadurch den Wöchnerinnen absolut nicht erwachsen. Die meisten benützen 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Lysollösung, wodurch die Schlüpfrigkeit der Scheide erhalten bleibt. Bei starkem Fluor schickt Autor oft noch Sodalösung (1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) voraus, um den Schleim gut zu lösen. Freilich absolut keimfrei ist die Scheide nicht zu machen, wir machen sie aber durch die Spülungen möglichst keimarm und bringen dann, wenn wir mit der Hand oder Instrumenten in den Uterus eingehen, höchstens sehr wenige Keime nach oben. Bei der Wendung, der Zange, wo man gewöhnlich im Eisack selbst manipuliert, schadet das Einführen von Keimen ja weniger; bei der Placentarlösung aber, namentlich wenn sie länger dauert, bringen wir die Keime direct in die offenen Gefässlumina. Autor macht daher stets nach der Placentarlösung noch eine intrauterine Ausspülung, dabei Chlorwasser bevorzugend, das bei Atonie zugleich muskelzusammenziehend wirkt. Man kann da ganz gut Concentrationen von 1 : 3—2 Wasser nehmen, event. aber auch Lysol (1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), Salicyl (1 : 300) oder Kal. permang. (1 : 1000) benützen, aber nicht Carbol oder Sublimat.

(Allgem. aerztl. Verein zu Köln, 15. X. 1901. —  
Münchener medic. Wochenschrift 1902 No. 2.)

- Zur **Reposition der vorgefallenen Nabelschnur** berichtet Dr. H. Henne (Schaffhausen) über folgenden Fall: Zu einer 27jähr. IV para wegen Nabelschnurvorfalles gerufen, der beim Blasensprung vor ca. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunde erfolgt war, fand er in der Scheide ein grosses Convolut lebhaft pulsirender Nabelschnurschlingen, den Muttermund auf Handtellergrösse erweitert, den Kopf beweglich über dem Beckeneingang, etwas nach rechts abgewichen, wohl wegen der tief sitzenden Placenta, deren unteren Rand man links im unteren Uterinsegment deutlich fühlte. Alle Repositionsversuche, auch in tiefer Narkose mit der eingeführten Hand, erfolglos. An die leicht zu bewerkstelligende Wendung hätte man jedenfalls die Extraction nicht unmittelbar anschliessen dürfen, da der ca. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm breite Saum des Muttermundes der eindringenden Hand einen kräftigen Widerstand entgensetzte, also ziemlich sicher ein Cervixriss zu er-

warten war. Als bei den Repositionsversuchen der Hand immer wieder neue Schlingen entgegenstürzten, erinnerte sich Autor der Anwendung von Gazecompressen bei Reposition prolabirter Därme. Er liess sich ein steriles in Lysollösung ausgerungenes Tuch geben, führte dasselbe zusammengekrüllt in die Scheide und schob mit demselben das ganze Schlingenconvolut neben dem kindlichen Kopf vorbei in die Eihöhle hinauf, während er mit der äusseren Hand den Kopf kräftig auf den Beckeneingang presste. Bald nach Entfernen des Chloroforms traten Wehen ein, und Autor konnte kontrolliren, dass der Kopf im Beckeneingang und die Nabelschnur reponirt blieb. Die Wehen wurden nach zweistündiger Pause kräftig und trieben spontan und rasch ein lebendes Mädchen von 3000 g Gewicht aus. Placenta und Tuch folgten bald. Die Nabelschnur war 130 cm lang. Bei dieser Länge, complicirt mit tiefer Insertion der Placenta, ist die Erfolglosigkeit aller sonst üblichen Repositionsmanöver leicht begreiflich, und wird Autor in Zukunft bei nicht vollkommener Eröffnung des Muttermundes stets die vorgefallenen Nabelschnur mit in die Eihöhle geschobener Compresse zu reponiren suchen.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1901 No. 23.)

**Sepsis.** Mehrere Fälle mit Unguent. Cr  d   behandelt hat Dr. H. Goldmann (Brennberg) und berichtet genauer über zwei davon, die für den Praktiker besonderes Interesse haben. Der erste betrifft eine S. im Anschluss an eine Handverletzung, die tagelang vernachlässigt wurde, um dann in rapider Weise den ganzen Arm zu ergreifen, zahlreiche Schüttelfröste, ganz schlechtes Allgemeinbefinden, Abendtemperaturen über 40   und einen Puls von 140—150 zu veranlassen. Am dritten Tage nach der Verschlimmerung begann die Schmiercur, die 4 Tage lang je 2 mal mit 3 g Salbe fortgesetzt wurde. Die Besserung setzte fast sofort ein, und am fünften Tage war das Befinden normal. Der zweite Fall betrifft eine puerperale S., die am dritten Tage als äusserst schwere bezeichnet werden musste, sodass 2 mal je 5 g Salbe verrieben wurde. Danach begann die Besserung, die drei Tage später einem normalen Befinden Platz machte. Autor hat die

18\*

Salbe auch vielfach local bei inficirten Wunden und Panaritien mit Erfolg angewandt, besonders erfolgreich auch bei phlegmonösen Entzündungen am Arm nach dem Impfen, wo sie direct aufgestrichen wurde (dann mit Guttaperchapapier bedeckt.)

(Centralblatt für die gesammte Therapie 1901 No. 10.)

**Tabes dorsalis.** Folgende Wirbelsäulenveränderung demonstirte Dr. L. Hofbauer bei einem 34jährigen Tabiker, bei dem sich jene Affection während des Spitalaufenthaltes ohne jede äussere Veranlassung ausbildete. Beim Aufsitzen bemerkt man einen spitzen Winkel zwischen dem senkrecht stehenden Kreuzbein und der nach rechts skoliotischen und stark lordotischen Lendenwirbelsäule auftreten. Beim Vornüberneigen, das in ungewöhnlich weitem Ausmaass möglich ist, bleibt das Kreuzbein in senkrechter Lage, die Wirbelsäule verläuft mehr gradlinig, fast parallel mit den unteren Extremitäten, sodass letztere von Bauch und Brust berührt werden. Als Ursache dieser Veränderung sieht man im Röntgenbild eine Absumption des vorderen und rechten Antheiles des dritten und vierten Lendenwirbelkörpers an den einander zugewendeten Flächen. Dies bewirkte, dass der obere dritte Lendenwirbel nach vorn und rechts abglitt, mit ihm die ganze Wirbelsäule. Callusbildung oder Fracturirung an den Wirbeln nicht sichtbar.

(Gesellschaft für innere Medicin in Wien, 5. XII. 1901. —  
(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 1.)

— Einen Beitrag zur **Mercurialbehandlung der Tabeskranken** liefert Dr. M. Bockhart (Wiesbaden). Die frühere Behandlung mit energischen Mercurialcuren lieferte keine sehr günstigen Resultate. Deshalb ging Autor zu *schwächeren und kürzeren aber häufigeren Mercurialcuren* über, und solche gaben sehr viel bessere Erfolge. Er liess bei jeder Cur nur noch 20—25 Einreibungen zu 2,5—3 bis höchstens 4 g grauer Salbe machen. achtete darauf, dass das Körpergewicht nicht oder nur in geringem Maasse abnahm, und liess immer Pausen in der Behandlung eintreten, wenn die Pat. sich nicht frisch fühlten oder wenn sie blässer wurden. Während der Cur mussten die Pat. 4—5 mal in der Woche ein Bad von 25—27° R. nehmen (10—15 Minuten Dauer).

eine Ruhecur durchmachen, (Bettruhe 10 Stunden in der Nacht und 2 am Tage) im Uebrigen möglichst im Freien sitzen (nur kurze Spaziergänge!) und sich geistiger Anstrengungen, des Tabaks und des Alkohols fast ganz enthalten. Autor liess die Pat. diese Curen womöglich alljährlich wiederholen. Einigen, bei denen eine Schmiercur nicht durchführbar, machte er mit gutem Erfolge Injectionen von Sublimat-Kochsalzlösung (20—25 zu 0,01 Sublimat). Injectionen von unlöslichen Quecksilbersalzen und den innerlichen Gebrauch von Hg fand er bei Tabeskranken ungeeignet, und von Jodkali sah er nie Erfolge. Mit jenen milden oftmaligen Schmiercuren behandelte er in den letzten 13 Jahren 95 Tabiker, von denen aber nur 69 hier zu verwerthen sind, 58 im Initialstadium und 11 im ataktischen. Beim ersteren trat 12mal, beim letzteren 2mal (also im Ganzen von 69 Pat. 14 mal = 20 %) nach 3—6maliger Cur vollständiger Stillstand der Krankheit ein, ja bei jenen 12 Pat. schwanden alle Symptome der T. bis auf den Mangel der Patellarreflexe und der reflectorischen Pupillenstarre, und die Pat. fühlen sich seit Jahren durchaus wohl. Auch bei den übrigen von den 58 im Initialstadium befindlichen wurden recht zufriedenstellende Resultate erzielt, desgleichen, wenn auch weniger eclatant, bei den im ataktischen Stadium befindlichen, bei denen (den übrigen 9) die Krankheit ferner nur sehr langsame Fortschritte machte, wobei Rückgang einiger Symptome gleichfalls zu constatiren war.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34. No. 1.)

- **Hydrotherapie** kann nach S. Munter bei T. recht nützlich sein, selbst Stillstand des Leidens bewirken. Zur normalen Functionirung der nervösen Organe ist normale Blutzufuhr zu ihnen und ihre normale Blutdurchströmung von grösster Wichtigkeit. Die gestörte normale Erregung der Nervenzellen muss man versuchen wiederherzustellen, und das gelingt durch Reize, wie sie die Hydrotherapie bietet. Doch darf man nie vergessen, dass durch sehr starke Reize eine Hyperfunction mit nachfolgender Erschöpfung der Nervenzellen bedingt wird, wodurch es zu einer Verschlimmerung des Leidens kommt. Der Reiz darf nur ein anregender, kein Erschöpfung bewirkender sein. Thermische Reize beein-



flussen die Nervenfunction stark, Kälte erniedrigt sie, Wärme erhöht sie. Die Wirkung differirt nach der Intensität und der Dauer des Reizes. Die Schmerzen bei T. könnte man durch länger dauernde Kälteeinwirkung und indifferente, Beruhigung bringende Temperatur beeinflussen. Da aber die Kälte hier die Function der Nervenzellen herabsetzt und zerstört, kommt nur die indifferente Temperatur in Betracht. Hierzu eignet sich am besten das 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ige Soolbad von 33—35° und <sup>3</sup>/<sub>4</sub>—1 Stunde Dauer, auf das aber keine Reizwirkung folgen darf, sondern Bettruhe. Die Methode, die Munter gegen T. selbst anwendet, ist folgende: Erstlich das obige Soolbad, 20 Minuten lang, darauf kurz dauerndes Halbbad von kühler Temperatur, dann Abwaschung mit kaltem Wasser, nur 5—10 Secunden lang, dann Frottirung mit erwärmten Tuche, dann Bettruhe. Dies bei vorgeschrittener Krankheit, wo Schonung indicirt ist. Bei beginnender T., wo der Reiz stärker sein kann, kann man dem Bade eine kurze Brause von 18° R. folgen und den Pat. active Bewegungen machen lassen. Packungen sind nicht ungefährlich. Gut wirken auch kohlensaure Thermalbäder, doch nicht unter 33—35°, da Tabiker kühlere nicht vertragen. Gegen Krisen am besten kühle Umschläge, darüber Wolle, sodass allmälige Erwärmung eintritt. Mit directer Wärmezufuhr ist Vorsicht geboten: das elektrische Schwitzbad wirkt ungünstig, besser das trockene Heissluftbad.

(Verein für innere Medicin in Berlin 6. I. 1902. —  
Deutsche Medic.-Zeitung 1902 No. 4.)

**Tuberculose.** Dionin bei Erkrankungen der Athmungsorgane hat Dr. R. Schmidt (Skutari) bei hunderten von Fällen mit bestem Erfolge angewandt. Besonders bei *Lungenphthise* erwies sich das Mittel dem Morphinum und Codein an Wirksamkeit eher überlegen und macht dabei keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen. Auch bei *chron. Bronchitis mit Emphysem und Asthma* bewährte es sich ausserordentlich, desgleichen bei *Keuchhusten*, wo Autor es in *Verbindung mit Kreosotal* ordinirte, und zwar Kreosotal 2—3 g auf 100 g unter Zusatz von 10 g Ol. amygd. dulc. und 2—3 Tropfen Ol. Menth. pip. zur Emulsion verrieben und dann je

nach dem Alter des Kindes Zusatz von 0,5—0,10 cg Dionin, in gewöhnlichem Syrup gelöst (30 g), davon 2—3 stündl. 1 Kaffeelöffel. Ferner versuchte Autor Dionin bei *acuter Bronchitis* und bei *Pneumonie* in derselben Form bei Kindern und Erwachsenen (bei letzteren entsprechend höher dosirt) und verzeichnete die günstigsten Resultate. Das Dionin milderte bei Keuchhusten sofort die Anfälle, verminderte sie und machte dem Leiden schneller ein Ende, ähnlich verhielt es sich bei den anderen Affectionen. Freilich trug zu dieser Wirkung sicherlich das Kreosotal wesentlich bei, doch muss eben ein Theil speciell dem Dionin zugeschrieben werden, das so rasch die Schmerzen, Beschwerden und Spasmen behob, dadurch das Allgemeinbefinden, die Nachtruhe wiederherstellte, dass dadurch für die Pat. viel gewonnen war.

(Wiener aerztl. Central-Ztg. 1901 No. 34.)

- Ueber **Larynxtuberculose und Gravidität** hat Dr. A. Kuttner (Berlin) Material gesammelt: 15 gut beschriebene Fälle (zum Theil aus der Litteratur, zum Theil eigene) und noch etwa 10—12 weitere, von denen sich genauere Details nicht beibringen liessen. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren folgende: Eine hereditäre Veranlagung liess sich durchaus nicht in allen Fällen nachweisen. Bei 3 Frauen war die wohl immer primäre Lungenerkrankung schon vor dem Beginn der Schwangerschaft deutlich ausgesprochen; in den 12 anderen Fällen war von Seiten der Lungen gar keine oder eine nur minimale Erkrankung nachweisbar. Die Kehlkopf-erkrankung bestand 1 mal schon vor der Conception, 2 mal trat sie im 6. Monat auf, 12 mal in der 1. Hälfte der Gravidität. Erst- und Mehrgebärende sind der Erkrankung in gleicher Weise ausgesetzt. 2 Frauen, von denen die eine früher an einer leichten Spitzenaffection, die andere an Kehlkopftuberculose gelitten hatte, waren nach ihrer Ausheilung 3—4 Jahre lang ganz frei von jeder Beschwerde geblieben; beide erkrankten gleich nach dem Eintritt der Schwangerschaft aufs Neue und starben kurze Zeit nach der Entbindung. Ganz ausgetragen wurde anscheinend kein Kind; 4 wurden im 9., 3 im 8., 3 im 7. Monat geboren. Alle Kinder kamen lebend zur Welt, bei 4 fehlt jede Nach-

richt, 3 leben noch, 8 sind gestorben, zum Theil unmittelbar nach der Geburt, spätestens 3 Wochen alt (also von 11 Kindern die in Betracht kommen = 72—73%), die 15 Frauen selbst sind sämmtlich gestorben, zum Theil unmittelbar nach der Entbindung, spätestens zwei Monate nachher, obwohl Geburt resp. Schwangerschaft in allen Fällen normal verliefen. Die nicht genau registrirten Fälle zeigten fast durchgängig dasselbe Bild. Die in der sonst üblichen Weise vorgenommene Localbehandlung per vias naturales ist durchaus erfolglos bei den Pat. geblieben; eine spontane Besserung, solange die Schwangerschaft besteht, dürfte ausgeschlossen sein. Aus seinen Erfahrungen leitet Autor folgende Schlüsse ab: Bei Frauen, deren Befinden hoffnungslos ist, soll man die Larynxtuberculose nur in der üblichen Weise local behandeln, event. bei Indicatio vitalis die Tracheotomie vornehmen. Bei Frauen, deren Allgemeinbefinden günstig ist, darf man, solange die Kehlkopfkrankheit ganz geringfügig ist (kleine Erosionen, ein circumscriptes Ulcus) sich abwartend verhalten. Sobald sich Infiltrate bilden oder die Erkrankung sich anschiebt, diffus zu werden, soll man die Pat. über die Gefahren ihres Zustandes unterrichten und, nach erlangter Einwilligung, so schnell als möglich die Tracheotomie vornehmen und, wenn diese nicht in wenigen Tagen günstig wirkt, den künstlichen Abort einleiten. Je früher die Schwangerschaft unterbrochen wird, desto günstiger liegen die Chancen für die Mutter, weil die Geburtsarbeit um so geringer ist, je kleiner die Frucht ist. Auch der Blutverlust pflegt beim künstlichen Abort verhältnissmässig gering zu sein. Vom 7. Schwangerschaftsmonate ab verschlechtern sich die Aussichten für die Mutter, weil der Anstrengung bei dem Geburtsact eine starke Erschöpfung zu folgen pflegt. Es ist rathsam, bei vorgeschrittener Kehlkopfkrankung vor der Entbindung die Tracheotomie vorzunehmen oder wenigstens zu ihrer Ausführung sich immer bereit zu halten, um einer plötzlichen Erstickung während des Geburtsactes vorbeugen zu können.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1901 No. 22.)

- **Purpura haemorrhagica bei Lungertuberculose** ist selten, aber doch mehrfach beobachtet worden, so kürzlich von

E. Cohn, der die Erklärung Wiechell's acceptirte, nach welcher *die haemorrhagische Diathese durch die Resorption von Toxinen aus einem plötzlich zerfallenen tuberculösen Herde bedingt* ist. Jetzt beschreibt Dr. W. Roemisch (Arosa) einen Fall, der sich nach einer Lungenblutung zeigte, wobei also die Resorption von Toxinen aus einem zerfallenen Herde sehr wohl möglich war. Der 25jähr. Pat. trat am 15. VII. 1899 in Behandlung. Ueber dem rechten Oberlappen Dämpfung, verschärftes Athmen mit bronchialem Exspirium, klein- u. mittelgrossblasige Rasselgeräusche. Beim Liegen auf der linken Seite besonders viel übelriechender Auswurf, schleimig-eitrig, reichlich Tuberkelbacillen und elastische Fasern enthaltend. Am 18. X., nachdem seit 2 Wochen Vermehrung des Auswurfs und des Rasselns aufgetreten, Haemoptoë (1 Tassenkopf hellrothen Blutes, Tuberkelbacillen enthaltend), die sich ebenso am 22. X. wiederholte: Am 26. X. an den Streckseiten beider Vorderarme und auf den Handrücken zahlreiche stecknadelkopfgrosse, runde, blutrothe Flecken, auf Druck nicht erblassend. Keine Schleimhautblutungen, keine Albuminurie, keine Milzschwellung; Temperaturerhöhung bis 38°, Auswurf frei von Blut. Am 2. XI. Flecke, nachdem sie braunroth geworden, abgeblasst, Pat. stand auf. Am 4. XI. abermals Purpura, diesmal zugleich an Hüften, Oberschenkeln, Schultern, Oberarmen; zugleich Erbrechen, Aufstossen, Appetitlosigkeit, Zungenbelag. Am 13. XI. Flecke im Verschwinden, darauf allmälige Besserung des Lungenbefundes. Seither weder Haemoptoë, noch Purpura.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 2.)

- Einen Fall von primärer T. des Uterus publicirt Brouha. Pat. 41 Jahre alt; 2 Brüder und der 1. Gatte am T. gestorben. Vor 7. Jahren Pelviperitonitis. Im Vorjahre Auskratzung des Uterus wegen haemorrhagischer Metritis, derzeit an der Innenfläche des Collums ein trichterförmiges Geschwür infolge käsiger Erweichung des Gewebes. Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ergab T. daselbst. Hysterectomy vaginalis. Adnexe gleichfalls afficirt, die übrigen Organe gesund. Infection wahrscheinlich durch von aussen eingewanderte Bacillen. Autor glaubt, dass eine öftere Untersuchung

des Ausgekratzten zeigen würde, dass primäre T. des Uterus gar nicht so selten ist.

(Le Scalpel 1901. — Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 1.)

## Vermischtes.

- Ueber **Lysulfol** schreibt Dir. Dr. E. Rumpf (Heilstätte Friedrichsheim): „Ursprünglich um die bei Phthisikern wohl besonders häufige Pityriasis versicolor zu beseitigen, habe ich in den letzten Jahren auch bei anderen parasitären und nichtparasitären Hautaffectionen den altbewährten Schwefel mit gutem Erfolge angewendet. Ich bediente mich dabei nicht der üblichen Salben und Emulsionen, sondern brachte den Schwefel in löslicher Form in Verbindung mit Seife und den stark desinficirenden Kresolen zur Anwendung. Es gelang mir, eine in Wasser vollkommen lösliche, chemische Schwefelverbindung des Lysols darzustellen, das Lysulfol,\*) welches bei einem Schwefelgehalt von mindestens 10% eine dicke schwarze Flüssigkeit fast von Salbenconsistenz darstellt. Ich liess das Lysulfol längere Zeit hindurch Abends einreiben und Morgens abwaschen, bei empfindlicher Haut zur Hälfte mit Glycerin verdünnen, selten nur zu Waschungen benützen. Ich habe von dem Lysulfol nicht nur bei *Pityriasis versicolor*, sondern auch bei *Scabies*, *Akne*, abnormen Abschuppungen, aber auch bei z. Th. alten Fällen von *Psoriasis* und *Prurigo* sehr oft Nutzen und wiederholt Heilungen gesehen.“

(Therap. Monatshefte 1901 No. 11.)

- **Casuistische Beiträge zur Vaccine-Uebertragung** liefert Dr. S. Werner (Allgem. Krankenhaus St. Georg in Hamburg): 2½jähr. Kind wird eingeliefert mit der Angabe, vor wenigen Tagen an dem jetzt bestehenden, an Intensität rasch zunehmenden Ausschlage erkrankt und dadurch rasch in der Ernährung beeinträchtigt zu sein. Es weist über den ganzen Körper ausgebreitet ein verschieden dicht stehendes Exanthem auf, das, theils

\*) Schülke u. Mayr, Hamburg.

discret, theils confluirend, sich aus erbsen-bis linsengrossen, zum Theil gedellten, zum Theil ihres Epithels beraubten Pusteln zusammensetzt. Der Inhalt der geplatzten Pusteln ist an den Nates, Oberschenkeln, besonders aber im Gesicht zu dicken Krusten und Borken eingetrocknet. Zum Theil ist der centrale Theil der Eruption in eine ziemlich stark secernirende Geschwürsfläche mit höckrigem, speckig belegtem Grunde verwandelt. Nur einige wenige Inseln normaler Haut sind erkennbar; gegen diese setzt sich die Eruption durch eine wallartig erhöhte, derb infiltrirte, 1—2 cm breite dunkelrothe Reactionszone ab. Pat. fiebert bis 38,6°. Die Diagnose wurde sofort auf *generalisirte Vaccine* gestellt, hauptsächlich aus den ungemein charakteristischen Vaccinopusteln an den Extremitäten. Ueberraschend war freilich, dass am typischen Impfbezirk am Oberarm keine Efflorescenzen zu erkennen waren, die auf stattgehabte Impfung hindeuten konnten. Doch die Anamnese erklärte dies. Pat. hat schon seit 2 Jahren ein nässendes Ekzem, war deshalb auch bisher von der Impfung befreit gewesen. Vor 3 Wochen war jedoch das 1 Jahr alte Brüderchen geimpft worden, mit dem es im gleichen Zimmer innigst verkehrte. Also das ekzemkranke Kind hatte sich hier durch Berührung der Impfpustel seines Bruders unfreiwillig geimpft, und diese Impfung haftete dann auf sämtlichen ekzematösen Hautparthieen und wahrscheinlich auch auf den secundären Kratzstellen. Im obigen Falle verlief die Sache noch glimpflich, es trat bald Heilung ein. Erfahrungsgemäss haben derartige combinirte Dermatosen aber nicht immer einen so günstigen Verlauf, und einzelne Fälle sind sogar an den Erscheinungen einer schweren Allgemeininfection im Coma zu Grunde gegangen. Wird also in einer Familie ein Kind geimpft, so trenne man von diesem Kinde streng alle hautkranken Individuen ab! — Fälle von *Autoinoculation von Vaccine* können auch *forensisch* interessant werden, wie folgender Fall lehrt: Ins Krankenhaus kommt ein 10jähr. Mädchen, das angeblich infolge eines Stuprum einen syphilitischen Initialaffect acquirirt haben sollte. Die Untersuchung ergab, dass das Mädchen einige Tage vorher der Wiederimpfung unterzogen war, als deren Effect auf dem linken Oberarm 2 charakteristische Impfpusteln sassen.

Eine unschwer als in der Entwicklung begriffene 5 pfennigstückgrosse Impfpustel auf elevirter Basis sass am vorderen Rande des rechten grossen Labiums und hatte der oberflächlichen Aehnlichkeit mit einem Ulcus induratum halber zu dem erwähnten Verdacht geführt. Es war leicht nachzuweisen, dass das Mädchen sich durch Kratzen mit dem Fingernagel die Lymphe selbst übertragen hatte, und der weitere Verlauf bewies ebenfalls diese Diagnose. Das darauf hin gegebene Gutachten führte zur Einstellung des gerichtlichen Verfahrens gegen den Beschuldigten.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 7.)

- Ueber die **Behandlung der Fingerverletzungen mit besonderer Berücksichtigung der späteren Erwerbsfähigkeit** lässt sich Dr. H. Georgii (Rottenburg a. N.) aus. Wie häufig kommt es dem Land- oder Kassenarzt vor, dass Pat. zu ihm gebracht werden mit gegipfelten oder quer abgetrennten Fingern, mit Verstümmelung der Fingerspitzen bis herauf zum Grundglied; oft hängt die zerquetschte Haut in Fetzen herunter, und häufig ragen die knöchernen Endglieder zwischen den Blutklumpen hervor! Früher hiess es hierbei stets: „conservativ behandeln!“, sehr zum Schaden der Pat., bis Ledderhose gegen diesen Conservativismus ins Feld zog und nachwies, dass die in functioneller Richtung so schlimmen Unfallfolgen nach Fingerverletzungen meist dieser erhaltenden Behandlungsmethode zur Last zu legen seien: Die prima intentio ist dabei ausgeschlossen und deswegen die Gefahr langdauernder Entzündungen und Eiterungen gross. Diese führen zu Gelenksteifigkeiten, adhaerenten, bei jeder Berührung sehr schmerzhaften Knochennarben an den Fingerspitzen- und stümpfen und im weiteren Verlauf zur Ausbildung der sogen. „Glanzhaut“. Sie ist die Folge chron. Circulationsstörungen, die während des langsamen Heilverlaufes sich entwickeln, indem beispielsweise bei freiliegendem Knochenende nach querer Abtrennung eines Fingertheils von den benachbarten Hauträndern her äusserst zögernd die Vernarbung erfolgt, dabei eine fortwährende Spannung an den Hauträndern besteht, die zu Gefässveränderungen führt, sodass jene Ernährungsstörung der Haut zu Stande kommt. Die Glanzhaut ist besonders an den

Fingerspitzen ausgeprägt, zeigt eine glatte, glänzende Beschaffenheit, rosa- bis blauröthliche Farbe, sie ist derb, gespannt, sehr empfindlich gegen Abkühlung und Läsionen aller Art, stört auch die Beweglichkeit der Finger. Dieser Zustand kann Jahre lang anhalten, die Pat. sind bedeutend im Erwerb geschädigt. Die Verhütung dieses Zustandes liegt in der Sorge für einen uncomplicirten Wundheilverlauf, der eine rasche Heilung ermöglicht. Beides ist aber nur möglich, wenn von Anfang an für eine genügende, gut bewegliche Bedeckung der freiliegenden Knochen resp. Knochenstümpfe gesorgt wird, und zwar mit reichlicher normaler Haut, unter Vermeidung auch nur der geringsten Spannung. Es muss also ohne Rücksicht auf die Länge des Fingers soviel von dem freiliegenden Knochen weggenommen werden, bis diese zweckmässige Bedeckung des Stumpfes vollkommen erreicht ist. Nach diesen Principien Ledderhose's richtet sich jetzt Autor und resecirt in allen Fällen, wo Kürzung des Knochens nothwendig erscheint, primär, was ja jetzt unter Schleich schmerzlos und leicht zu machen ist. Anfangs lebte Autor noch zu sehr in den alten conservativen Grundsätzen und opferte mehrfach zu wenig von dem Freistehenden; die Lappen aus normaler Haut fielen zu kurz aus, was nach einigen Tagen das Platzen der Naht und weiterhin einen langweiligen Heilverlauf zur Folge hatte. Es kam zur Bildung kleiner angewachsener Narben auf des Stumpfes Höhe, die recht schmerzhaft sein konnten und Gewährung einer Unfallrente für lange Jahre bedingten. Jetzt, wo Autor sofort ausreichend die Knochen kürzt, sind die Resultate viel erfreulicher, besonders da, wo das Endglied überhaupt nicht mehr in Betracht kommt. Bezüglich der Verletzungen des Endgliedes kommt es darauf an, ob nur die Fingerkuppe ohne Knochenverletzung fehlt oder ob der Knochen selbst quer durchtrennt ist; im ersteren Falle ist das Zuwarten das Richtige, weil hier die Ueberhäutung ohne Zug und Spannung von allen Seiten gleichmässig und rasch erfolgt und secundäre Infectionen sich viel leichter fern halten lassen als bei grösseren Hautdefecten mit offenen Knochenwunden. Im letzten Fall wird meist die primäre active Therapie den Vorzug verdienen. In technischer Hinsicht ist noch zu bemerken bezüglich der Methode der Stumpfbedeckung



bei Resectionen und Exarticulationen an den Mittel- und Endgliedern der Finger, dass die Bildung eines grösseren volaren und eines kleineren dorsalen Lappens praktischer ist, als die sonst übliche Bedeckung mit nur einem volaren Lappen, weil dann die Narbe ganz ausserhalb des Bereichs des Knochenendes kommt und keine Adhärenz zu befürchten ist (Ledderhose).

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 41.)

- **Ein verstellbares Keilkissen.** Zur selbstthätigen Verstellung der Höhenlage des Keilkissens und mit ihm des ganzen Oberkörpers existirt jetzt ein Apparat\*), der sich Dr. Kloth (Aachen) so vorzüglich bewährt hat, dass dieser ihn warm empfiehlt. Der Apparat kann bequem an jedes Bett angeschraubt werden und ist leicht vom Pat. selbst zu handhaben.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 12.)

## Bücherschau.

- Der rührige Herausgeber des bei A. Hirschwald (Berlin) erscheinenden **Medicinal-Kalenders**, Medicinalrath Dr. R. Wehmer hat auch in diesem Jahre denselben einer eingehenden, zeitgemässen Umarbeitung unterzogen, die einzelnen Capitel auch sonst vermehrt und verbessert. Dasselbe gilt von der zweiten Abtheilung, die neben den Aerztepersonalien u. s. w. auch gesetzliche Bestimmungen enthält (Dienstanweisung für Kreisärzte, kreisärztliche Prüfungsordnung, Prüfungsordnung für Aerzte etc.). Der im 53. Jahrgang stehende Kalender bedarf im Uebrigen keiner besonderen Empfehlung mehr. — Auch vom „**Reichs-Medicinal-Kalender**“ ist jetzt der II. sehr stattliche Band erschienen (G. Thieme, Leipzig), der neben den bereits bekannten Abschnitten, wie „Entscheidungen des Reichsgerichts etc.“, dem, wie stets, recht genauen und übersichtlichen „Personalverzeichniss der deutschen Civil- und Militärärzte“ u. s. w. auch manche neue, recht dankenswerthe Capitel aufweist, wie

\*) Oskar Peters, Aachen (Preis: Mk. 30.—).

„Entscheidungen der ärztl. Ehrengerichtshöfe“, „Das ärztl. Fortbildungswesen in Deutschland“. Dieser Kalender wird daher sicher sich viele neue Freunde erwerben. — Einer sehr erfreulichen Novität sei noch gedacht: Der **Allgemeine Hygienische Kalender fürs Haus**, herausgegeben von Dr. G. Flatau (Verlag von Vogel & Kreienbrink, Südende), will ins Volk die Kenntnisse von den Naturvorgängen und den Grundlagen der Krankheitsverhütung tragen helfen, will dadurch eine wesentliche Stütze zur Bekämpfung des Curpfuscherthums bieten, zur Hebung und Wahrung der Volksgesundheit beitragen. Diese Ziele wird der trefflich redigirte Kalender, welcher Beiträge von Pagel, Martin, Eichhorst, Lassar, Strümpell, Flatau, Zülzer, Zuntz, Ewald, Dührssen u. A. enthält und zahlreiche hygienische Notizen bringt, zweifellos erreichen, wenn die Aerzte, was sie mit gutem Recht thun können, seine Anschaffung ihrer Clientel warm empfehlen.

- Ein eigenartiges, für den prakt. Arzt höchst nützliches Buch ist die **Praktische Diagnostik der inneren Krankheiten** von Dr. G. Kühnemann (Leipzig, Joh. Ambr. Barth. Preis: Mk. 8.40). Es stellt nicht eine blosse Aneinanderreihung von Krankheitsbildern dar, sondern sucht dieselben zu Gruppen symptomatisch ähnlicher Krankheiten zu vereinigen, um im speciellen Falle die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf alle für die Diagnose in Frage kommenden Gesichtspunkte hinzulenken und eine präzise Differentialdiagnose zu ermöglichen. Mit Recht legt der Verfasser gerade auf die letztere in seinem Buche den grössten Werth und giebt zahlreiche Zusammenstellungen in Tabellenform z. B. „Mit Schluckbeschwerden und Halsschmerzen einhergehende Krankheiten“, „Chron. Rückenmarkskrankheiten, die sich durch charakteristische Veränderungen des Ganges und andere auffällige Symptome auszeichnen“ u. s. w., worin die differentialdiagnostischen Momente sehr übersichtlich und präcis zur Darstellung gelangen, und die bei der Diagnosenstellung schwieriger Fälle ungemein nützlich werden können. Wir können das ca. 400 S. starke Buch mit seinem reichen Inhalt warm empfehlen.

- Für diejenigen Collegen, die sich des Besitzes eines Röntgenapparates erfreuen, sei hier Erwähnung gethan eines kleinen neu erschienenen Büchelchens „**Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane**“ von Privatdoc. Dr. Kraft (Strassburg, Schlesier & Schweikhardt. Preis: Mk. 1.60). „Ein Ergänzungsapitel zur physikalischen Diagnostik innerer Erkrankungen“ nennt der Verfasser mit Recht seine klaren, durch 2 Lichtdrucktafeln ergänzten Auseinandersetzungen, durch welche die noch recht strittige Frage über den Werth der Röntgenuntersuchung für den internen Arzt geklärt wird und letzterer eine treffliche Anleitung und Belehrung für seine Untersuchungen erhält.
  
- Die 2. Auflage des Thimm'schen Buches **Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten** (G. Thieme, Leipzig. Preis: Mk. 5.—) erscheint auf mehr als den doppelten Umfang der 1. Auflage angewachsen. Die Vergrösserung resultirt in erster Linie daraus, dass der Verfasser die specielle Therapie der einzelnen Krankheiten stark erweitert hat. Er hat sämtliche neuen Heilmittel und Heilmethoden berücksichtigt, viele neue Capitel (z. B. „Hydro- und Balneotherapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten“, „Elektro-, Licht- und Radiotherapie“, „Organ- und Serumtherapie“, „Balneographie“ etc.) hinzugefügt. Hat schon die 1. Auflage des Werkes voll befriedigt, so thut dies die 2. in noch viel höherem Maasse, da das Buch ein recht vollständiges Bild von dem heutigen Standpunkt der Dermatotherapie in handlicher Form bietet und so geschrieben und angeordnet ist, dass der Praktiker es als Nachschlage- und Orientierungswerk mit grossem Nutzen verwenden kann.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

April

XI. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Akne.** Fanghi di Sclafani bei *A. rosacea* empfiehlt Dr. O. v. Fleischl (Rom) auf Grund 25jähr. Erfahrung. Fanghi di Sclafani\*) ist eine in Sicilien (Sclafani) vorkommende Erde vulkanischen Ursprunges, die Schwefel in ganz ausserordentlich feinem Aggregatzustande enthält. Es wird folgendermaassen angewandt: In ein nicht metallisches Gefäss, am besten in eine Porcellanschale (mit Deckel) giebt man eine kleine Messerspitze voll davon, giesst 1 Theelöffel Wasser (0,05 g auf 2 g Wasser) dazu, verreibt die Erde mit dem Finger im Wasser, und trägt die milchige Flüssigkeit mit der Fingerspitze tropfenweise Abends im Bett auf die afficirten Hautparthieen auf. Ueber Nacht verdunstet das Wasser, und Morgens ist die Haut dann wie mit Puder

\*) Bezogen von Janssen, Farmacia tedesca, Via de' fossi, Florenz.

bestreut, der dann mit Wasser abgewaschen wird, worauf man die Haut trocken tupft (nicht reibt!) Deckt man das Schälchen Abends gleich zu, so reicht man mit obiger Quantität ziemlich lange (verdunstet zu viel Wasser, giesst man etwas nach!), zumal es zweckmässig ist, um Reizungen zu vermeiden, sparsam mit dem Mittel umzugehen (bei sehr empfindlicher Haut nehme man sogar anfänglich weniger Erde). Dauer der Cur je nach dem Grade der Erkrankung 2 Wochen bis einige Monate. Das Mittel hilft nur bei leichteren Fällen, also bei solchen 1. Grades und manchen 2. Grades, d. h. solchen, bei denen es zu Knötchen- oder Knotenbildung gekommen ist. Viele Fälle, die wegen starker Gefäss-ektasieen jetzt mit Scarification und Spaltung der Gefässe behandelt werden, sah Autor bei ausschliesslicher Anwendung der Erde heilen, selbst bei Fortbestehen von Verdauungs- oder Sexualstörungen (durch Alkoholmissbrauch entstandene Fälle hatte er nicht in Behandlung). Die sehr gute Wirkung der Erde erklärt sich daraus, dass sie zu 80 % aus Schwefel besteht in so feinem Aggregatzustande, wie er in keiner in Apotheken zu findenden Form erhältlich ist, dass sie ausserdem noch freie Schwefelsäure, Aluminiumsulfat, Eisensulfat und eine organische Substanz enthält, welche an Acidität 1,34 % freier Schwefelsäure entspricht, welche Substanzen sämtlich in Wasser löslich sind; wahrscheinlich wird die Haut durch das Wasser und die in demselben gelösten Substanzen leicht maceriert, sodass der Schwefel gut einwirken kann. Die Cur ist ausserdem sehr billig, da 1 kg 11 Lire (= 8 Mk.) kostet.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 49.)

**Aktinomykosis.** Jodipininjectionen bei A. empfiehlt Doc. Dr. Kreibich und stellt aus der Kaposi'schen Klinik eine 21jähr. Pat. vor, die an A. der Wangenhaut litt und durch diese Therapie geheilt wurde. Die chirurgische Behandlung der A. hat nie voll befriedigt, weil sie Narben zurücklässt. Schon die Extraction der Zähne erweist sich, mehr typisch vorgenommen, als zweckentsprechend; denn entweder ist die Diagnose falsch auf Periostitis gestellt, dann wird sich der erhoffte Eiter nicht entleeren, oder die Diagnose war richtig, dann entfernt die Extraction der Zähne

bestenfalls die Eingangspforte, keineswegs aber werden die Krankheitsproducte durch den geschaffenen Canal abgeführt, da ja die A. nicht gegen einen centralen Abscess zu einsmilzt. Auch bei der Exstirpation kleinerer Herde wird man, abgesehen von der gesetzten Narbe, nicht vergessen dürfen, dass die A. der Haut gewöhnlich eine secundäre, vom Knochen fortgeleitete ist, sodass trotz Exstirpation des Hautherdes und Extraction des Zahnes Krankheitskeime im Knochen zurückbleiben können. Bei grossen Herden wird endlich die Narbe sehr gross und entstellend sein, da die vorwiegende A. die der Gesichts- und Halshaut ist und die Narbe oft nachträglich an die Unterlage angezogen wird. Diese Gründe waren maassgebend, warum man schon früher gegen A. parenchymatöse Injectionen (Carbol, Sublimat, Jodtinctur) versucht hat. Mit Rücksicht auf die Giftigkeit dieser Stoffe war es ein grosser Gewinn, als es sich zeigte, dass schon die interne Medication von Jodkali oft genügte, A. zur Heilung zu bringen oder wenigstens erheblich zu bessern. Auch durch intraparenchymatöse Injectionen von Jodkalilösung (alle 8 Tage 2—4 ccm einer 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> igen Lösung) wurden Heilungen erzielt. Da sich aber diese Injectionen schon wegen ihrer Schmerzhaftigkeit nicht einbürgerten, war es um so naheliegender, Jodipin zu benutzen, dessen Injectionen bei Syphilis schmerzlos sich gestalteten und auch keinerlei üble Nebenwirkung hervorgebracht hatten; auch musste hier ja die dem Mittel nachgerühmte Eigenschaft, ein Depot zu bilden, von welchem aus Jod langsam zur Resorption gelangt, besonders werthvoll sein. Obige Pat. bot bei Beginn der Behandlung das typische Bild der Hautaktinomykosis dar. An der rechten Wange handtellerergrosse Anschwellung, Oberfläche leicht geröthet, an anderen Stellen bläulichroth; ausserdem Oberfläche höckrig, die haselnussgrossen Höcker von verschiedener Consistenz, die einen derb, die anderen fluctuirend. Die ganze Anschwellung sass auf der Unterlage fest und zeigte, vom unteren Rand ausgehend, einen plattenartigen Fortsatz, der mit dem Finger zu umgreifen war und über welchem die Haut noch normale Beschaffenheit zeigte. Keine breite Eröffnung und Auslöfflung der Abscesse, sondern nur Punction: Im Eiter Aktinomycespilze. Unmittelbar nach Entleerung des Eiters Injection

von Jodipin (25 ‰), und zwar am 1. Tage 7 ccm. An den nächsten Tagen ziemlich starke reactive Entzündung mit Oedem des Augenlides, die aber auf Liq. Burowii in 2 Tagen zurückging, sodass schon am 4. Tage wieder 4 ccm injicirt werden konnten. Später gewöhnlich in Intervallen von 4—5 Tagen Injection von 3 ccm, im Ganzen 30 ccm. Heilung heut, 4 1/2 Monat seit Beginn der Behandlung, eine vollständige, wie sie es bereits in der 5. Woche gewesen. Haut nicht infiltrirt, von der Unterlage abhebbar, ohne Narbe; Wange ebenso beschaffen, wie die andere, nur etwas eingesunken (Fettschwund!). — In gleicher Weise wurde in 2 früheren Fällen Heilung erzielt. In dem einen handelte es sich um einen kindhandtellergrossen aktinomykotischen Herd der rechten Wange mit centraler Fistel; Heilung in 5 Wochen nach Injection von 30 g 10 ‰igen Jodipins. Der 2. Fall stellte einen handtellergrossen Herd in der Gegend des rechten Kieferwinkels dar; Heilung in 4 Wochen nach Injection von 29 ccm 10 ‰igen Jodipins. Vielleicht reichen diese Erfahrungen hin, diese Behandlung auch bei der A. der inneren Organe zu empfehlen, und zwar intraparenchymatöse Injectionen, wie die A. auf die Haut übergegriffen hat, oder Injection hoher Dosen (100—150 g) subcutan, wenn der Herd selbst nicht zugänglich ist. In allen Fällen ist 25 ‰ige Lösung vorzuziehen.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 17. I. 1902. — Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 4.)

**Blutungen.** Gelatinebehandlung bei einem Falle von *Morbus maculosus* wandte mit bestem Erfolge Dr. Kienninger (Illereichen) an. Die 56jähr. Pat. bekam plötzlich bedrohliche B. aus Nase, Mund, Nieren; der ganze Körper erschien übersät mit röthlichbraunen bis schwarzen Flecken, an einzelnen Stellen sogar grosse bläuliche Flächen. Zunächst Gelatine intern (Gelatin. 10,0 : Aq. dest. 150,0 2stdl. 1 Esslöffel), Tags darauf Injection (in einen Oberschenkel) von 80 g einer 2 ‰igen Lösung. Nachmittags Schüttelfrost und Fieber, in der Nacht Aufhören der B. und seitdem rasches Erholen.

(Der prakt. Arzt 1901 No. 12.)

— Die subcutane Gelatineinjection bei *Melaena neonatorum* kann Dr. Holtschmidt (Frauenklinik Dresden) auf

Grund von 5 so im Jahre 1901 behandelten Fällen nur warm empfohlen. Bei allen wurde 2%ige Lösung benützt, folgendermaassen hergestellt: 20 g gewöhnlicher Gelatine wurden zusammen mit 1 Liter physiol. Kochsalzlösung in eine Flasche gebracht, diese mit Wattepfropf verschlossen, dann ins Wasserbad gestellt, welches 5—6 Stunden kochend gehalten wurde, sodass alle Bakterien sicher abgetödtet wurden; die Lösung liess man dann erkalten, wobei sie erstarrt, und bewahrte sie in derselben, nicht unterdessen geöffneten, Flasche auf, bis zur Injection, wo sie, auf Blutwärme gebracht, natürlich wieder flüssig wird. Nun wurden von dieser sterilen Lösung 15 ccm ins Unterhautzellgewebe der Brust oder der Oberschenkel injicirt, und zwar auf 2 Stellen vertheilt. Diese Injectionen wurden von allen Kindern vorzüglich vertragen, ohne Nebenerscheinungen, Fieber u. dergl. hervorzurufen; die Resorption erfolgte stets schnell und reactionslos, die Nahrungsaufnahme, der Schlaf u. s. w. blieben ungestört. Eclatant war die Wirkung auf die B.; obwohl sonst weder medicamentös, noch diaetetisch etwas gegen sie gethan wurde, sistirten dieselben in 3 Fällen sofort nach der 1. Injection, bei den anderen 2 Fällen musste sie noch 1—2 mal wiederholt werden, dann verschwanden aber auch hier die B. Das kann kein blosser Zufall sein, ebensowenig, dass alle 5 Kinder genesen, während in den 7 Jahren vorher von 14 an Melaena behandelten Kindern 7 starben, also das Leiden eine Mortalität von 50% aufwies.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 1.)

- **Gelatine bei einer postoperativen Larynxblutung** benützte mit promptem Erfolge Dr. B. Goldschmidt (Berlin). Bei einem Phthisiker wurde an den aryepiglottischen Falten mittelst Curette ein Eingriff gemacht. 8 Stunden darauf ausserordentlich profuse Nachblutung (im Verlauf von 2 Stunden  $\frac{1}{2}$  L.) Locale Betupfung mit Ferr. sesquichlorat., Ferripyrlösung (1%), Spray mit diesen brachte die B. für 10 Minuten zum Stehen, dann stiess sich der Schorf ab, die B. begannen von Neuem. Da verschaffte sich Autor aus der Küche 4 Gelatineplättchen von ca. 10 qcm Grösse, kochte dieselben mit 100 g Wasser auf und träufelte von der lauwarmen Lösung unter Leitung des Spiegels wenige Tropfen auf



die blutende Stelle. Sofort stand die Blutung und kam nicht wieder. Zur Vorsicht Abends noch einmal Einträufelung, die B. blieben weg.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 2.)

— **Lungenblutungen mit subcutanen Gelatineinjectionen behandelt** hat Dr. L. Thieme (in der Brehmer'schen Lungenheilanstalt in Görbersdorf) bei 12 Pat. Er injicirte ausschliesslich in die Oberschenkel (100 ccm einer 2%igen Lösung) und beobachtete nie grosse Schmerzhaftigkeit dabei; ob die Beifügung von Natron zur Lösung oder das starke Verstreichen der Anschwellung oder die Application von mit essigsaurer Thonerde befeuchteter Jodoformgaze dies bewirkten, wagt Autor nicht zu entscheiden. Bei 11 Pat. trat Fieber auf, das meist 8—14 Tage anhielt und auch beträchtliche Höhe erreichte. Doch die Injectionen wirkten gegen die B. meist so günstig, dass Autor sie in Zukunft bei allen länger anhaltenden Lungenblutungen der Phthisiker anwenden wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 5.)

**Bronchitis.** Die **Behandlung mit Kakodylsäure** empfiehlt Gallois. Wenn auch die hypodermatische Anwendung vorzuziehen und besonders im Spital anwendbar ist, so giebt man das Mittel in der Privatpraxis besser intern:

Rp. Natr. kakodyl. 2,0

Rum

Syr. simpl. aa 20,0

Aq. dest. 60,0

Spir. Menth. pip. gtt. I—II.

S. 1 Kaffelöffel bei jeder Mahlzeit 10 Tage lang; dann ebensolange aussetzen u. s. w.

Der Appetit steigert sich, das Gefühl der Kraftzunahme macht sich bald geltend, am besten bei der chron. B. mit asthmatischen Anfällen bei älteren Leuten. Autor hat 15 solcher Fälle mit bestem Erfolge behandelt, sogar wo schon Herzschwäche bestand; gegen das zurückbleibende Oedem wurde dann mit Erfolg noch Digitalis verabfolgt.

(Société de Thérapie 9. X. 1901. —  
Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 49.)

**Endocarditis.** Als wirksame Behandlung der septischen

E. giebt K. F. Wenckebach (Groningen) diejenige mit dem Credé'schen *Argent. colloidal* („Collargol“) an, das er in 1—2%iger Lösung direct in die Blutbahn injicirte. Zwei näher geschilderte Fälle von schwerer E. illustriren die damit erzielten Erfolge. Im ersten handelte es sich um einen 15jährigen Knaben, bei dem Autor erst am 20. Tage etwa das Metall in eine oberflächliche Armvene injicirte (12,5 mg als 1%ige Lösung des Collargol); in den nächsten Tagen wurden noch je einmal 25—30 mg bis im Ganzen 9mal eingespritzt. Von der 1. Injection an war das Fieber verschwunden, die anderen Symptome gebessert. Als später noch Temperaturerhöhungen wiederkehrten, wurden die Injectionen wiederholt; nach der 9. kehrte das Fieber nicht mehr wieder, die E. verschwand allmähig vollständig. Bei der zweiten Pat. (21 Jahre alt) begann die Behandlung etwa am 10. Tage mit der Injection von 50 mg in 2%iger Lösung; die Injection wurde Tags darauf wiederholt, weitere waren nicht nothwendig, da von der 1. Injection ab das Fieber wie abgeschnitten war und Besserung sich geltend machte. So sprechen diese Fälle dafür, dass wir im *Argent. colloidal*. Credé ein unschädliches, äusserst wirksames Blutantisepticum besitzen, das namentlich bei der septischen E., wo wir sonst über kein wirksames Mittel verfügen, zeitigst angewandt werden sollte. Aber auch bei den ersten Symptomen einer E. bei acutem Gelenkrheumatismus sollte man damit versuchen, die weitere Ausbreitung des Processes zu verhindern; auch hier müssen wir ja an eine bakterielle Entzündung denken, welche durch zeitige Abtödtung der Bakterien coupirt werden könnte.

(Die Therapie der Gegenwart, 1902 No. 2.)

**Epididymitis.** Zur Therapie der E. *sympathica et blenno-*

*rrhoica* empfiehlt Dr. Fr. Westberg (Hamburg), im sub-acuten Stadium auch kleine Dosen eines Jodpräparates (z. B. Jodkali 1—1½ g pro die) innerlich längere Zeit hindurch zu geben; die Schwellung geht dann schneller und vollständiger zurück, und es bleiben nicht so oft jene circumscripten verdickten Stellen zurück. Man wird diese Medication gewöhnlich 4—6 Wochen lang durchzuführen haben, fange aber, da Jodkali etc. leicht

Katarrhe der Schleimhäute verstärkt, damit nicht zu früh an, womöglich erst dann, wenn der Katarrh der Urethra auf ein Minimum reducirt ist.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33. No. 6.)

**Epilepsie.** Einen Fall von *Naevus angiomatosus vascularis* mit **E.** stellt Cassirer vor. Es handelt sich bei dem jungen Manne um einen Naevus an der rechten Seite der Stirn und des Gesichtes, der auf die Schleimhaut der Lippe und des Gaumens übergeht, Seit 8 Jahren bekommt Pat. epileptische Anfälle, im linken Auge beginnend und sich über das Gesicht verbreitend. Die Zuckungen des Kopfes gehen nach links; ebenso treten Zuckungen in der Musculatur des linken Armes auf; das Bewusstsein blieb dabei erhalten. Bisweilen verbreiten sich die Convulsionen auf die Beine und über den ganzen Körper, das Bewusstsein ging verloren (gelegentlich Urinabgang und Zungenbiss.) Zeitdauer der Anfälle kurz, nicht über 2 Minuten. Nachher konnte Pat. bisweilen den linken Arm nicht bewegen. In letzter Zeit Anfälle häufiger. Mutter des Pat. war nervös, er selbst litt als Kind an Zahnkrämpfen; Naevi sonst nicht in der Familie. Intelligenz des Pat. nicht vollkommen normal. Es handelt sich also um Anfälle von typisch corticalem, epileptischem Charakter. Sie beginnen stets in demselben Muskelgebiet und pflanzen sich gesetzmässig auf andere Gebiete fort; gelegentlich auch allgemeine Convulsionen. Das ist sicher *corticale E.*, verursacht durch eine Neubildung oder einen Reiz, der die corticalen Centren der befallenen Musculatur trifft. Der vorhandene *Naevus* lässt darauf schliessen, dass wahrscheinlich *in den Meningen eine gleichartige Veränderung* besteht resp. in den Rindenschichten, speciell dem unteren Theil der vorderen Centralwindung. Fälle dieser Art sind beschrieben und secirt worden. Kalischer stellte mal einen ähnlichen Fall vor, ein Kind, mit Teleangiektasie, bei dem die Section eine solche auch in der vorderen Centralwindung aufdeckte.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 9. XII. 1901. — Deutsche Medic.-Ztg. 1902 No. 1.)

— Einen Pat. mit dem Symptomenbild einer **abortiven E** stellt Prof. Nothnagel vor. Der 23jähr. Schuhmacher, früher gesund, litt vom August 1898 bis Ostern 1899

an eigenthümlichen Anfällen: Der Daumen der linken Hand wurde gegen die Handfläche hineingezogen, danach sofort Krämpfe in den Armen und Beinen, Zuckungen des Kopfes und Zähneknirschen. Bewusstsein dabei angeblich stets erhalten. Er wusste, dass er den Krampf habe, wusste, welche Personen um ihn gewesen seien, ihn während des Anfalles festgehalten u. s. w. Dauer bis 10 Minuten, nach dem Anfalle keine Benommenheit oder Schlafsucht. Mitunter 2—3 Anfälle täglich, dann wieder 2mal wöchentlich. Von Ostern 1898 bis Juli 1901 keine Krämpfe. Seitdem begann das jetzige Leiden, das in Anfällen auftritt, von denen mehrere in der Klinik beobachtet wurden. Dieselben stellen sich folgendermaassen dar: Plötzlich verzieht Pat. schmerzhaft das Gesicht, greift in der Regel in die Herzgegend, wird sehr blass im Gesicht, zugleich cyanotisch. Auch die Hände ganz blass, an den Füßen Blässe nicht deutlich bemerkbar. Pat. sagt hinterher, dass er sehr heftige Schmerzen in der Herzgegend habe, welche er dann mit der Hand presst; Schmerzen so heftig, dass er nicht sprechen kann; strahlen zuweilen in den linken Arm aus. Puls während des Anfalls stark beschleunigt (steigt von 76—80 dann auf 130—150) von erhöhter Spannung, Athmung nicht wesentlich modificirt. Dauer der Anfälle 1—1½ Minuten. Objective Untersuchung ergibt an keinem Organe, auch am Herzen nicht, etwas Abnormes. Autor deutet den Fall als E. (epileptische Veränderung) mit allerdings eigenartigen Anfällen. Um Angina pectoris vasomotoria, d. h. um einen Zustand, bei welchem ein der Angina pectoris analoger Symptomencomplex durch einen weit verbreiteten peripheren Gefässkrampf veranlasst wird, handelt es sich hier keinesfalls, vielmehr sind bei dem Pat. sowohl die Gefässkrampferscheinungen (Erblassen des Gesichtes, der Extremitäten), wie die Herzsymptome als coordinirte Phaenomene aufzufassen, und zwar als corticale Entladungssymptome. Ob es sich bei der Erregung der Herznerven wie der Vasomotoren um eine directe Erregung corticaler Apparate oder um Erregung infracorticaler, resp. medullärer Centren handelt, das wagt Autor nicht zu entscheiden, neigt aber mehr der letzteren Ansicht zu. Für die Möglichkeit, diesen Fall den seltenen Formen abortiver epileptischer Zustände anzu-

reihen, scheint ihm auch die Thatsache zu sprechen, dass Pat. früher allgemeine Körperzuckungen (freilich ebenfalls ohne Bewusstseinsverlust) darbot.

(Gesellschaft für innere Medicin in Wien, 19. XII. 1901. —  
(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 3.)

— **Bromocoll** versuchten Dr. Reich und Dr. Ehrke (Heilanstalt Wuhlgarten) und waren recht zufrieden. Von 6 g pro die wurde rasch auf 9 g, 20 g u. s. w. bis 30—40 g, ja 50 g pro die gestiegen. Selbst solche grosse Dosen wurden stets gern genommen, vom Verdauungscanal gut vertragen (ein Pat. nahm z. B. in 2 Monaten 2160 g, ein anderer in dieser Zeit 1961 g), und Bromakne fast nie beobachtet. Ein Pat. der schon bei 6 g Bromkali pro die regelmässig starke Akne bekam, blieb bei mehrwöchigem Gebrauch hoher Dosen Bromocoll (bis 50 g pro die) von Ausschlägen frei. Auch nervöse Erscheinungen des Bromismus stellten sich nicht ein. In der Wirkung leistete Bromocoll dasselbe wie Bromkali, sodass es als *wegen seiner Unschädlichkeit schätzenswerthes Brompräparat* bezeichnet werden kann, das vor allem in den Fällen, in denen Bromsalze nicht vertragen werden, Anwendung verdient.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 2.)

**Fissura ani.** Ueber operative Behandlung der F. lässt sich Prof. Gussenbauer aus. Wenn eine F. nicht die oberflächliche Schleimhaut allein betrifft, sondern die ganze Dicke derselben, das submucöse Gewebe blosslegt, ihre Ränder mehr oder weniger callös verdickt sind, das dadurch entstandene Geschwür unrein ist und infolge der excessiven Schmerzhaftigkeit ein hoher Grad von Afterkrampf besteht, so reichen einfache Maassnahmen zur Heilung nicht mehr aus. In solchen Fällen kann man wohl auch noch durch Kauterisation Heilung erzielen, aber die Pat. haben dabei noch viele Qualen auszustehen. Am besten ist hier zu operiren, und zwar nach Recamier, dessen Methode der *forcirten Dilatation des Sphincter* Autor seit 1875 anwendet, da dieselbe die Erfolge der übrigen Operationsmethoden bei weitem übertrifft in Bezug auf die Sicherheit und Kürze der Heilungsdauer. Sie beseitigt mit einem Male die F. und den Afterkrampf, und tritt die Heilung

der F. schon nach wenigen Tagen, und selbst wenn sie Monate oder über Jahr und Tag bestanden hat, in der ersten Woche oder etwas darüber ein. Da die Methode aber sehr schmerzhaft ist, bedarf man der allgemeinen Narkose, und zwar der ganz tiefen. Bei der Ausführung des Eingriffes hat man jedes Uebermaass an Kraft zu vermeiden. Sein Zweck besteht gerade darin, den spastisch contrahirten Schliessmuskel langsam zu dehnen, bis zu dem Grade, dass er nach der Dehnung erschlafft beibt. Autor führt also zuerst den einen Zeigefinger schonend in den Anus ein, hierauf den 2. ebenso schonend und dehnt nun den straff gespannten Sphincter langsam und allmählig unter zunehmendem Zuge der Finger in entgegengesetzter Richtung so lange aus, bis er erschlafft erscheint. Dabei wird auch die F. selbst gedehnt, es kommt wohl auch vor, dass sie noch mehr einreisst, aber nicht plötzlich, und erfolgt deshalb in der Regel gar keine Blutung. Hierauf wird die Analportion mit Salicyllösung irrigirt, dann mit sterilen Tupfern getrocknet, die F. mit Jodoform bestreut oder mit Jodoformgaze tamponirt und trocken verbunden. Die Pat. empfinden nach dem Erwachen wohl noch 1—2 Stunden Schmerz, dann aber hört er auf, die Darmentleerungen erfolgen schmerzlos, selbst wenn sie schon am Tage nach der Operation eintreten, und sind die Pat. mit einem Schlage von allen Beschwerden befreit. Die Heilung der F. erfolgt je nach ihrer Grösse in wenigen Tagen bis 1—2 Wochen, und nur Complicationen (Haemorrhoiden, Polypen, Fisteln) bedingen längere Dauer. Die Continenz stellt sich schon nach wenigen Tagen vollständig her.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 2.)

**Gastrektasie.** Die Heilwirkung grosser Dosen von Olivenoel bei organischen und spastischen Pylorus- und Duodenalstenosen und deren Folgezuständen verkündigt P. Cohnheim (Berlin) auf Grund seiner seit einem Jahre damit gemachten Versuche. Autor hatte Gelegenheit, bei Boas, seinem früheren Chef, einen Pat. zu beobachten, welcher kurze Zeit nach einer heftigen Contusion des Abdomens (war von einem Bau stockhoch herabgestürzt) Symptome von *Ulcus ventriculi* und bald darauf das ausgeprägte Bild der G. darbot. Es

fanden sich morgens im nüchternen Magen stets erhebliche Rückstände gährender Speisen mit freier Salzsäure und grossen Mengen Sarcine; dabei heftige, krampfartige Schmerzen im Epigastrium, meist von Erbrechen begleitet. Trotz täglicher Magenspülungen immer schlechteres Befinden. Pat. gab die Spülungen auf und verschaffte sich dadurch Linderung, dass er alle 3—4 Tage seinen Magen durch künstlich hervorgerufenes (Kitzeln am Gaumen) Erbrechen entleerte. Eines Abends nahm er, nachdem er seinen Magen wieder entleert, auf Rath eines Bekannten etwa 1 Wasserglas voll Leinoel, dann 3 mal täglich ein Gläschen voll. Wirkung frappant: Schmerz hörte sofort auf, desgleichen das Erbrechen; nach einigen Monaten Pat. vollständig hergestellt, verträgt jetzt alles und verrichtet wieder die schwersten Arbeiten. Diesen Fall erklärte sich Autor so, dass durch das Trauma eine Verletzung (Nekrose mit nachfolgendem Ulcus) hervorgerufen war, welche ihrerseits infolge Irritation durch den sauren Magensaft einen constanten Pylorospasmus und infolgedessen eine Insufficienz des Magens mit Dilatation bewirkt hatte; die schnelle Heilung kam zu Stande durch die krampfstillende und glättende Eigenschaft des Oeles. Autor versuchte nun letzteres methodisch in allen Fällen von chron. Magenleiden, bei denen sich regelmässig zu denselben Zeiten nach den Hauptmahlzeiten (meist 2—4 Stunden) auftretende, heftige, krampfartige Schmerzen zeigten, ohne Rücksicht darauf, ob Stagnation bestand oder nicht (11 Fälle) und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Es waren zum Theil Fälle von recht schwerer G., mit starken Schmerzen und viel Erbrechen, zum Theil leichtere, bei denen die G. noch nicht lange bestanden hatte oder häufig wiederkehrte infolge des vom recidivirenden Ulcus ausgehenden Pyloruskrampfes, ferner Fälle von relativer Pylorus- oder Duodenalstenose, welche sich klinisch durch Magensaftfluss mit und ohne gallige Beimengung, sowie typisch zu bestimmten Zeiten auftretende, krampfartige Schmerzen im Epigastrium documentirten. Autor hat unter seinen Fällen auch solche, die, seit Jahren erkrankt, von der üblichen Therapie nur vorübergehende Linderung gehabt hatten, denen namentlich die Magenspülungen garnichts genützt hatten, und die operirt werden sollten, da die interne

Behandlung vollkommen aussichtslos erschien. Der eine dieser Fälle nahm in 3 Monaten um  $7\frac{1}{2}$ , der andere in 7 Wochen um 6 kg bei der Oelbehandlung zu, und beiden blieb die Operation erspart. Bei allen Pat., bei denen die Indication zu seiner Anwendung richtig gestellt war, bewirkte das Oel prompt Aufhebung der Magenschmerzen (bei hysterischen Contractionen liess es natürlich im Stich!). Autor bringt das Oel in der Regel 1 mal täglich früh in Menge von 100—150 ccm in den speisefreien, event. gesäuberten Magen. Nach dem Eingiessen muss Pat. 15—25 Minuten auf der rechten Seite liegen und 1 Stunde fasten. Wenn trotzdem im Laufe des Tages noch öfter Schmerzen auftreten, lässt Autor das Oel auch zu Hause Abends vor dem Schlafengehen, etwa 50 ccm, nehmen; später kann Pat. 3 mal tägl. 1—2 Esslöffel  $\frac{1}{2}$  Stunde vor den Mahlzeiten trinken. Alle thaten das gern und rühmten die krampfstillende Wirkung. Keiner klagte über unangenehme Nebenwirkungen. Manche zogen es überhaupt vor, das Oel zu trinken, als es sich eingiessen zu lassen (das leichte Kratzen im Gaumen wird durch eine Prise Kochsalz oder einen Schluck Cognac rasch beseitigt); Autor giebt das Oel auf Körpertemperatur erwärmt. Nach seiner Erfahrung ist zur vollständigen Heilung einer pylorospastischen G. eine mehrwöchentliche Behandlung (natürlich unter sorgfältig geregelter Diaet!) nothwendig. Auf Grund seiner Beobachtungen stellt er folgende Schlusssätze auf:

1. Fälle von G., welche nicht durch ein organisches Hinderniss, sondern durch einen Spasmus des Pylorus infolge Ulcus oder Fissur am Magenausgang hervorgerufen sind, werden durch Eingiessungen grosser Oelmengen (100—250 g täglich) in kurzer Zeit geheilt oder erheblich gebessert.

2. Fälle von narbigen Pylorus- oder Duodenalstenosen mit secundärer G. werden durch methodische Anwendung grosser Oelgaben ebenfalls (relativ) geheilt, d. h. bleiben bei vorsichtiger Lebensweise beschwerdefrei. In diesen Fällen wirkt das Oel mechanisch durch Verminderung des Reibungswiderstandes.

3. Fälle von relativer Stenose des Pylorus und des Duodenum, die sich klinisch durch Hypersecretio continua und Pylorospasmus mehrere Stunden nach den



Hauptmahlzeiten documentiren, werden ebenfalls durch Oeldarreichung erheblich gebessert oder gänzlich geheilt.

4. Das Oel wird am besten längere Zeit hindurch 3mal täglich in Mengen von je 50 ccm 1 Stunde vor dem Essen genommen oder per Sonde eingegossen. Ist dies aus äusseren Gründen nicht angängig, so giebt man 1mal täglich in den leeren Magen 100—150 ccm auf Körpertemperatur erwärmtes Oel.

5. Die Oelanwendung genügt 3 Indicationen, der Krampfstillung, der Reibungsverminderung und der Hebung der Ernährung, da das Oel selbst bei hochgradigen Stenosen in den Dünndarm gelangt und dort resorbirt wird.

6. Das Oel wirkt auf den Pylorospasmus bei Ulcus wie ein Narcoticum; es verursacht keinerlei unangenehme Nebenwirkungen, vorausgesetzt, dass es rein ist, es bewirkt weder Aufstossen, noch Diarrhoë. Es wird von den Pat. gern genommen.

7. Bei rein nervösen (hysterischen) Magenkrämpfen ist keine günstige Wirkung bisher erzielt, woraus sich differential-diagnostische Gesichtspunkte ergeben.

8. Mit Hülfe der Oelcur gelingt es, eine Reihe von Pylorusstenosen mit schwerer consecutiver G. so weit zu bessern, dass ein chirurgischer Eingriff nicht mehr nöthig ist. Vor jeder wegen Pylorusstenose beabsichtigten Magenoperation sollte daher zunächst die Oelbehandlung versucht werden.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 2.)

**Haemorrhoiden.** Ueber das Thema **H. und Ileus** schreibt Prof. C. Bayer (Prag): „Wenn ein 58jähr. Mann mit Ileus und der Angabe eingebracht wird, dass seit mehreren Tagen kein Stuhl zu erzielen ist, kein Flatus abgeht und das unter heftigen Unterleibsschmerzen mit Erbrechen plötzlich einsetzende Uebel sich endlich zu Kotherbrechen gesteigert hat, — so denkt Laie und Arzt zunächst an die Möglichkeit einer „Darmverschlingung“ — wissenschaftlich analysirt: innere Incarceration, Volvulus, Intussusception, Bruch, event. Peritonitis, hochgradige Koprostase oder gar Carcinom. Wenn nun aber die sorgfältigste Untersuchung von all dem nichts findet, wenn auch der zugezogene Chirurg zunächst keine Diagnose stellen kann, so fragt man

sich unwillkürlich, wozu man eigentlich erst die grosse und kleine Welt studirt hat. Aber muss denn der Grund für Ileus just immer auch im Unterleibe oder in einer Hernie stecken? — So fragte auch ich mich, nachdem mich bei dem diagnostischen Studium des folgenden Falles alle herkömmliche Bücher- und Erfahrungsweisheit im Stiche gelassen, und ich suchte weiter und fand den Grund; dann stimmte plötzlich alles auf einmal: Anamnese und — Befund. Herr G. erkrankte am 6. X. 1901 plötzlich am Bahnhof, nachdem er anscheinend gesund dahin gelangt, dort von Stuhldrang befallen, normale Entleerung gehabt und seinen Haemorrhoidalknoten, der bei Defäcation regelmässig zu prolabiren pflegte, mit etwas Gewaltanwendung zurückzubringen sich bemüht hatte, unter ohnmachtsähnlichen Erscheinungen, und musste, die geplante Reise aufgebend, nach Hause gebracht werden. Nachdem er sich niedergelegt und erholt hatte, schien zunächst nichts Ernstes im Anzuge zu sein. Am 7. jedoch trat unter stechenden Schmerzen rechts im Brustkorbe Husten mit leicht blutig gefärbtem Auswurf auf. Pat. nahm, weil kein Stuhl erfolgt war, Bitterwasser, und hatte darauf am 8. einige diarrhoische Entleerungen. Das blutige Sputum kam vorläufig nicht wieder zum Vorschein, und ein um diese Zeit beigezogener interner College konnte kaum nur noch etwas leises Rasseln rechts unten hinten bei dem Mangel jeder Dämpfung nachweisen. Am 9. X. wurde aber der Kranke plötzlich von furchtbaren Schmerzen in der rechten Unterleibshälfte befallen, welche auf Morphinum zum 10. wohl etwas nachliessen; seitdem konnte jedoch trotz Infusionen und Calomel weder Stuhl- noch Windabgang erzielt werden, am 10. trat vielmehr Erbrechen hinzu, welches zum 11. sich bis zum Ileus steigerte. Am 11. X. Abends sah ich den Kranken, der mittelst Eisenbahn nach Prag gebracht wurde. Er war sehr verfallen, hatte stark belegte Zunge und roch faeculent ex ore; der mässig aufgetriebene Unterleib zeigte palpatorisch rechts eine unbegrenzte, schmerzhaft Resistenz, welche so ziemlich der Gegend des Coecum und des angrenzenden Theiles des Colon ascendens entsprach. Links war eine, mit der Lage des Kranken wechselnde, etwa handbreite Dämpfung nachzuweisen. Ueber der rechten Lungen-

basis etwas feinblasiges Rasseln, keine Dämpfung. Rechts ad anum thrombosirter, unbeweglicher, entzündlich oedematös geschwollener, sehr empfindlicher Haemorrhoidalknoten von etwa Pflaumengrösse. Bei der Untersuchung per rectum findet sich ein von dem Knoten unmittelbar abgehender derber Strang, der noch etwa 3—4 cm lateral aufwärts zieht. Die subjectiven Beschwerden bestanden in allgemeinem Uebelbefinden, fortwährender Neigung zum Erbrechen, Spannung mit wechselnden Schmerzen im Unterleib und Stuhldrang mit der quälenden Empfindung der „Undurchgängigkeit“. Ich muss sagen, dass ich unmittelbar nach der Aufnahme der Anamnese und des eben beschriebenen Befundes zunächst nicht im Stande war, eine bestimmte Diagnose zu machen. Nur den Eindruck hatte ich, dass zur Zeit keine dringende Indication zu irgend einem Eingriff vorliege, und dass die Nacht ruhig abgewartet werden könne; am anderen Morgen werde man aus dem weiteren Verlaufe wahrscheinlich klarer sehen. Ordination: Local auf die Coecalgegend Eisbeutel, innerlich etwas Morphium in Lösung, per rectum 300 g warmes Oel. Als ich nun über den Fall weiter nachdachte, wurde mir der scheinbar verworrene Symptomencomplex immer durchsichtiger und die streng logische Zusammengehörigkeit der einzelnen dominirenden Erscheinungen des bisherigen Verlaufes immer klarer, die letzteren fügten sich zu einem ganz bestimmten Bau aneinander, und plötzlich stand, zu einem unerschütterlichen Ganzen aufgebaut, folgende Diagnose deutlich und klar vor mir: Der Mann wollte am 6. X. nach dem Stuhle seinen Knoten in der gewohnten Weise zurückschieben; es ging nicht. Warum denn nicht? Der Knoten war eben damals schon „thrombosirt“ und konnte nicht zurückgehen. Der Mann wendete nun etwas mehr Gewalt an (er setzte sich, wie er nachträglich auf mein eingehendes Befragen schilderte, mit dem Knoten auf seine geballte Faust, in der Absicht, durch diesen „Knebel“ den Knoten zu zwingen), da löste sich ein zum Glück kleiner Thrombus und embolisirte einen Zweig der rechten Pulmonalis: Ohnmacht, nachher kurzandauerndes Blutspucken und der charakteristische Lungenbefund. 2 Tage später, angeregt durch die „Bitterwasser-Entleerungen“, eine zweite

Embolie eines Astes der Arter. mesent. super., jenes Astes, der zum Coecum führt. Das Uebrige ergibt sich von selbst: Die consecutive, über eine weitere Strecke des Mesenteriums des embolisirten Gebiets ausgebreitete Thrombose hatte Lähmung der Peristaltik des zugehörigen Darmabschnittes zur Folge, somit Undurchgängigkeit und paralytischen Ileus. Der Verlauf gab uns auch Recht. Schon am 12. erfolgten dunkle, breiige Stühle; am 14. zeigte sich vorübergehend auch ein Streifen Blut im Sputum. Bei weiterer vorsichtiger Berücksichtigung aller vorhandenen Indicationen, localer Behandlung des Haemorrhoidalknotens und strenger Diaet gingen langsam Schmerzen, Härte in der Coecalgegend, der geringe freie Erguss und der Haemorrhoidalknoten zurück. Am 28. verliess der Kranke vollständig wohl das Sanatorium.“

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 1.)

- Den von Ebstein angegebenen **Handgriff zur Erleichterung der Stuhlentleerung** verwendet C. v. Muralt schon seit 10 Jahren in seiner Praxis mit bestem Erfolg. Der Gedanke dazu kam ihm damals bei einem Haemorrhoidarier, der davon gleich ungemein befriedigt war.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1902 No. 3.)

**Impotenz.** Weitere therapeutische Erfahrungen über Yohimbin hat Dr. Berger (Berlin) gemacht und berichtet über einige neue, bislang nicht beobachtete Erscheinungen bei dem Gebrauche des Mittels: „Die Kranken waren zumeist mit der schweren Form der paralytischen I. behaftet, die schon Jahre lang bestand. Aber selbst in diesen Fällen waren die Erfolge, wie vordem, recht befriedigend und dauernd, d. h. nunmehr schon monatelang bestehend. Nur dann, wenn die Pat. schon in vorgerücktem Alter, Anfangs der 50er Jahre standen, wo ohnedies die Potenz in der Abnahme sich befindet, versagte das Mittel häufiger. Hatten derartige Pat. ferner leichte, bis jetzt subjectiv noch nicht in Erscheinung getretene Prostatahypertrophieen, so kam es bisweilen durch die congestive Wirkung des Yohimbins zu häufigerem Urindrang, Tags sowohl als Nachts, der aber beim Aussetzen des Mittels sofort wieder schwand. Auf eine gleiche congestive Wirkung dürften

ebenfalls Leberkoliken und Anschoppungen zurückzuführen sein, besonders beim Gebrauch höherer Dosen von 3 mal tägl. 15 mg. Aber auch diese Anfälle verschwanden sofort mit dem Aussetzen des Mittels, ohne irgendwelche üblen Nachwirkungen, ebenso die Störungen des Appetits und Magenschmerzen, die ich bei 2 Pat. beobachtete. Letztere traten später, sobald das Mittel unmittelbar nach der Mahlzeit genommen wurde, nie wiederauf. Haemorrhoidale Blutungen, die unter Yohimbingebrauch mitunter reichlicher auftraten, gaben zum Aussetzen des Mittels nie Veranlassung. Auch die durch Thierexperiment festgestellte Vergrösserung der Hoden konnte ich einmal deutlich beobachten mit gleichzeitig einhergehender Succulenz des früher schlaffen und deshalb im Suspensorium getragenen Scrotums, so dass Pat. ohne Bandage bequem umhergehen konnte. Andere Beschwerden, wie Praecordialangst, Herzklopfen, Schwindel, dürften nicht in der Yohimbinanwendung ihren Grund haben; da dieselben bei jugendlichen Neurasthenikern in Verbindung mit kräftigen Erectionen aufzutreten pflegten, ohne dass Gelegenheit zur Ausführung des Coitus gegeben war, Erscheinungen, die auch früher, vor der Erkrankung, unter gleichen Umständen sich einstellten. Den einzigen von mir beobachteten Fall einer weiblichen Pat., der durch Yohimbin günstig beeinflusst wurde, möchte ich hier etwas ausführlicher mittheilen. Es handelt sich um eine 23jähr. Primipara, bei welcher nach Aussage des Mannes der Geschlechtstrieb sehr ausgesprochen war, das Wollustgefühl jedoch nur nach mehrmals ausgeführtem Coitus sich einstellen pflegte (Dyspareunia). Die Untersuchung ergab ausser einem leichten Fluor albus einen normalen Befund, nur die äusseren Geschlechtstheile waren schwach entwickelt. Nach nur 8 tägigem Gebrauch von 3 mal tägl. 5 mg Yohimbin war eine wesentliche Besserung eingetreten. Der Erfolg wäre vielleicht, ohne indessen eine suggestive Einwirkung ganz von der Hand zu weisen, dahin zu erklären, dass durch vermehrte Blutzufuhr und grössere Erectilität der Corpora cavernosa nunmehr durch die Frictionen der periphere Reiz auf die Centren verstärkt wurde. Die Schuld der Misserfolge trägt meines Erachtens bei der Yohimbindarreichung hauptsächlich die unrichtige Auswahl der Pat. Nur die reinen, nicht auf

einer constitutionellen oder organischen Erkrankung beruhenden Formen der functionellen I. sind dieser medicamentösen Therapie zugänglich. Jede acute oder chron. Entzündung der Unterleibsorgane oder Hyperaemie derselben bildet eine Contraindication derselben. Dass auch das Alter, besonders in höheren Jahren nur geringe Erfolge aufweisen wird, habe ich bereits oben auseinandergesetzt. Unter Berücksichtigung dieser Punkte wird das Yohimbin-Spiegel stets ein ungefährliches und in seiner Wirkung gutes Mittel bleiben, das wir vorläufig durch kein besseres zu ersetzen im Stande wären.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 2.)

**Menière'sche Krankheit.** Rasche Heilung mittelst des galvanischen Stromes erzielte Dr. J. Donath (Budapest) bei einem Pat., bei dem wegen Schwindelanfällen schwerster Art schon die verschiedensten otiatrischen Behandlungsmethoden, u. A. auch wegen katarrhalischer Erscheinungen des Mittelohrs das Politzer'sche Verfahren ohne jeden Erfolg angewandt waren. Bei dem jetzt 40jähr. Pat. traten vor 17 Jahren zuerst Schwindelanfälle auf, die  $\frac{1}{2}$  Jahr dauerten. Seither Abnahme des Gehörs. April 1896 liess er sich wegen neuer Schwindelanfälle auf die Klinik aufnehmen, wo er Opium mit bestem Erfolge gebrauchte. Jetzt vor 7 Wochen, d. h. Anfangs April, wieder Schwindelanfälle mit Kopfschmerzen und öfterem Erbrechen, sowie beiderseitigem Ohrensausen. Diesmal versagte Opium, Pat. wurde völlig arbeitsunfähig. Pat. in der Ernährung heruntergekommen; Romberg'sches Zeichen mässig ausgesprochen, aber bei raschem Wenden bekam Pat. heftigen Schwindel und Schweissausbruch; beiderseits Mittelohrkatarrhe mit Trübung und Retraction des Trommelfells, besonders linkerseits, ausserdem Acusticusanaesthesia; die auf den Scheitel applicirte Stimmgabel c wird links laterisirt, Rinne rechts positiv, links negativ, Knochenleitung besteht nur rechts, während links sowohl Luft- als Knochenleitung ausgefallen sind. Der Schwindel ist offenbar auf eine Läsion des N. ampullaris zu beziehen. Es war also der gesammte Menière'sche Symptomencomplex vorhanden. Keinerlei otiatrische Behandlung, nur Galvanisation der Hörnerven oder besser gesagt des N. octavus mit seinen cochlearen

20\*

und ampullären Endigungen: Kathode von 72 qcm auf den Nacken, die scheibenförmige Anode von 5 cm Durchmesser je 5 Minuten lang auf den einen und den anderen Tragus mit 2—5 M.-A. Stromstärke. *Der bis dahin täglich auftretende Schwindel hörte von der 1. Sitzung an auf!* Am rechten Ohr begann an der Anode die Acusticusreaction schon bei 1 M.-A. (Pfeifen) und währte bis zur Stromsteigerung auf 1,5 M.-A., um dann mit dem Constantwerden des Stromes aufzuhören; beim Ausschliessen aus dem Strome wieder Pfeifen. Am linken Ohr begann die Reaction schon bei 0,5 M.-A., währte bis zum Constantwerden bei 2,5 M.-A. und trat wieder bei Aufhören des Stromes auf. Pat. nahm nach den ersten 6 Sitzungen, da er sich ungestörten Wohlbefindens erfreute, wieder die Arbeit auf, da ihn das mässige Ohrensausen nicht störte. Am 31. VII. kam er wieder mit der Klage, dass er einen Schwindelanfall hatte, desgleichen am 10. VIII. Noch 5 Sitzungen, dann hörte der Schwindel dauernd auf. Pat. befindet sich ununterbrochen wohl, abgesehen von einer Acusticus-hyperaesthesie, die ihn bei stärkeren Geräuschen stört. — Wenn wir uns vor Augen halten, dass jedes Ohrenleiden, das auf den N. ampullaris wirkt und dadurch eine Störung der das Körpergleichgewicht vermittelnden halbkreisförmigen Canäle hervorruft, — es möge sich um einen Cerumenpfropf, Sklerose oder Perforation des Trommelfells, Hyperaesthesie, vasomotorische oder sonstige Kreislaufstörung oder um toxische oder infectiöse Schädigung des Labyrinthes handeln — den Menière'schen Symptomencomplex bewirken kann, so wird es gewiss erste Aufgabe bei der Behandlung desselben sein, den Ausgangspunkt festzustellen und thunlichst die Ursache zu beseitigen. Aber obiger Fall lehrt, dass man sich mit etwa gefundenen Erscheinungen am Mittelohr und deren ausschliesslicher Behandlung nicht begnügen darf, und dass die M. davon unabhängig bestehen kann. Hier macht es die prompte Wirkung des galvanischen Stromes wahrscheinlich, dass es sich um Kreislaufsstörungen, um Exsudationen, handelte, und in ähnlichen Fällen wird man sich dessen erinnern müssen, ehe man eingreifendere Maassnahmen zur Beseitigung der M. trifft.

(Wiener klin. Wochenschrift 1901 No. 47.)

**Sklerose, multiple.** 2 Fälle, entstanden nach Unfall, beschreibt Dr. K. Mendel (Berlin). Ein 37jähr., bis dahin nie erheblich krank gewesener, syphilitisch nicht inficirter Feuerwehrmann geräth mit dem rechten Unterschenkel zwischen die Puffer zweier Kippwagen und erleidet hierbei eine Absprengung eines Stückes der vorderen Tibiakante, sowie einen vom Knie bis zum Fussgelenk reichenden Bluterguss. Darauf Kreuzschmerz, unsicherer Gang, Appetit- und Schlaflosigkeit. 2 $\frac{1}{2}$  Monate später wird er als „geheilt“ aus dem Krankenhaus entlassen. Etwa 5 $\frac{1}{2}$ —6 Monate nach dem Unfall bemerkt der Verletzte eine besondere Schwäche im rechten Bein, er beginnt dasselbe nachzuziehen. Aerztlicherseits wird bald ein beginnendes Rückenmarksleiden und Parese im Peroneusgebiet erkannt. 1 $\frac{1}{4}$  Jahr nach dem Unfall ergiebt die Untersuchung eine rechtsseitige Hypaesthesia, langsame Sprache, Intentionstremor, spastischen Gang, lebhaftes Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fuss- und Patellarclonus, Atrophie am rechten Unterschenkel, fibrilläre Zuckungen daselbst und Zeichen einer deutlichen Schwäche im rechten Peroneusgebiet (speciell deutlichen Steppergang mit geringer quantitativer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit). *Epikrise:*

1. Die Herabsetzung des Hautgefühls an der ganzen rechten Seite (Gesicht, Rumpf und Extremitäten) kann nicht anders als durch eine functionelle Erkrankung des Nervensystems, eine *Hysterie post trauma*, erklärt werden. Ein Grund zu der Annahme, dass diese Hypaesthesia simulirt sei, liegt nicht vor, zumal der Pat. in der über 4 Wochen währenden Beobachtungszeit einen durchaus glaubwürdigen Eindruck machte.

2. *Neben der Hysterie besteht bei dem Verletzten eine S., demnach handelt es sich um eine Combination von functioneller und organischer Erkrankung*, wie sie des Öfteren beobachtet worden ist. Die S. giebt sich hier durch folgende Symptome kund: langsame Sprache, Intentionstremor, spastischer Gang, sehr lebhaftes Patellar- und Achillessehnenreflexe, Fuss- und Patellarclonus. Ferner spricht für diese Diagnose das Fehlen von Blasenstörungen, sowie das Fehlen von auf eine organische Läsion beziehbaren Sensibilitätsstörungen. Eine weitere Frage ist aber die, ob die S. mit dem Unfälle in



Zusammenhang steht. Das ist hier trotz grössten Skepticismus nicht anders zu deuten. Ein Feuerwehrmann, bis zum Unfall völlig gesund und leistungsfähig, klagt seit dem Tage des Unfalls über unsicheren Gang, zeigt aber zunächst objectiv noch nichts Krankhaftes, um bei einer Untersuchung  $\frac{3}{4}$  Jahr nach der Verletzung schon das ausgeprägte Bild eines Rückenmarkleidens zu bieten. Wenn wir auch nach unseren heutigen Anschauungen das Trauma nicht als die directe Ursache der S. ansehen, so müssen wir doch annehmen, dass eine Verletzung für ein zu diesem Leiden veranlagtes Rückenmark das auslösende Moment zur Entstehung der Krankheit abgeben kann. Hiernach, sowie in Erwägung dessen, dass ohne diese Verletzung das Rückenmark möglicher Weise dauernd gesund geblieben wäre, ist dem Verletzten die Rente zu gewähren.

3. Neben den Zeichen der Hysterie und der S. bestanden aber noch Symptome, welche auf eine *Parese im rechten Peroneusgebiete* hindeuten, und zwar: Deutlicher Steppergang, Schwäche in den Supinations- und Extensionsbewegungen des rechten Fusses, Atrophie am rechten Unterschenkel, fibrilläre Zuckungen an dessen Aussenseite, Schlottern im rechten Fussgelenk, geringe Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in einzelnen vom Peroneus versorgten Muskeln, sowie im N. peroneus selbst. Speciell sei erwähnt, dass zwar der Druck auf diesen Nerv angeblich als schmerzhaft empfunden wurde, dass jedoch Pat. auch dann Schmerzen äusserte, wenn man auf andere Stellen des r. Beines einen Druck ausübte, sodass dieses Symptom eher für ein hysterisches, als für ein einer Neuritis zukommendes zu erachten ist. Auch im Uebrigen sprach nichts dafür, dass der Nerv selbst in seinem peripheren Theil lädirt war. Gegen die Annahme, dass durch den Bluterguss eine directe Quetschung des Nerven verursacht wurde (wie ein Vorgutachter annahm) spricht mit Sicherheit der Umstand, dass die Verletzung im Juli 1900 stattfand, die Schwäche im rechten Fusse aber erst im Januar 1901 vom Pat. bemerkt wurde; jedenfalls konnte laut Actenbericht am 5. XII. 1900 aertzlicherseits nichts Auffälliges am Gange bemerkt werden, und selbst in einem ausführlichen Gutachten vom 21. IV. 1901 ist von einem Steppergang oder einer rechtsseitigen Peroneusschwäche noch

nicht die Rede. Der zwischen Unfall und Auftreten der Parese liegende Zeitraum ist gleichfalls auch zu gross, um diese Schwäche durch eine Nervenquetschung erklären zu können, welche eine etwa nach Muskelzerreissung entstandene Narbe bedingt hätte. Gegen eine peripherische Läsion des N. peroneus spricht ferner das Fehlen von typischen Sensibilitätsstörungen im Peroneusgebiete, das Fehlen von Schmerzen, Paraesthesien, trophischen und vasomotorischen Störungen, das Fehlen stärkerer, speciell qualitativer elektrischer Veränderungen, sowie der Verlauf des Leidens, d. h. das völlige Ausbleiben irgend welcher Besserung, trotzdem die elektrische Prüfung, wenn wir schon eine neuritische Erkrankung annehmen wollen, eine ganz leichte Form derselben kennzeichnen würde. Hingegen spricht alles dafür, dass hier *die Schwäche im Peroneusgebiete als Folge eines medullären Leidens anzusehen* ist, und zwar nimmt Autor an, dass die in dem Vorderhorn gelegenen trophischen Centren für die vom Peroneus versorgte Musculatur erkrankt sind, dass in diesen Centren ein Theil der Zellen abgestorben ist, ein anderer Theil allerdings noch gesund ist. Für letzteres spricht der Umstand, dass alle Muskeln noch einer gewissen Willkürbewegung fähig sind, und dass die elektrische Untersuchung eine nur ganz geringe Abnormität aufweist. Für die Annahme einer begrenzt poliomyelitischen Erkrankung spricht aber nächst dem elektrischen Befunde das Bestehen von fibrillären Zuckungen, das Fehlen von Sensibilitätsstörungen (unberücksichtigt bleiben hierbei die durch die complicirende Hysterie bedingten), sowie das Einsetzen der Parese erst geraume Zeit nach dem Unfall; schliesslich spricht für die Medullärerkrankung der langsam progrediente Verlauf des Leidens, welches letzteres sich, entgegen dem Verhalten bei Neuritis, jeglicher Therapie, speciell dem elektrischen Strom gegenüber refractär verhält. Entartungen einzelner Vorderhornzellen resp. Poliomyelitis chronica sind einerseits nicht selten nach peripheren Verletzungen beobachtet worden, andererseits werden auch bei S. zuweilen Veränderungen in den Ganglienzellen der Vorderhörner gefunden.

In obigem Falle, in welchem periphere Verletzung, Vorderhornzellendegeneration und multiple S. vorliegt, erklärt Autor den ganzen Vorgang folgendermaassen:

Ein Mann mit einem zur Erkrankung prädisponierten Rückenmark erleidet eine peripherische Verletzung, welche das Entstehen einer S. veranlasst. Gleichzeitig bedingt aber das die Peronealmusculatur treffende Trauma eine rein moleculäre Veränderung der für die Ernährung dieser Muskeln bestimmten, dem Bereiche des Angriffspunktes des Traumas demnach entsprechenden Vorderhornanglienzellen; diese moleculäre Veränderung wird dann für das krankhaft veranlagte Rückenmark „der Ausgangspunkt von tieferen Ernährungsstörungen, welche zur Degeneration, zur anatomischen Zerstörung der Nerven Elemente führen und sich dann als eine chronisch-progressive Erkrankung darstellen“ (Erb). *Das Trauma gab also im vorliegenden Falle den Anstoss zur Entwicklung zweier chron. Rückenmarks-erkrankungen: Der S. und der umschriebenen Polio-myelitis.* Hiernach wäre die Prognose betreffs der Schwäche im Peroneusgebiete als ungünstig anzusehen. — Noch einen 2. Fall von S. nach Trauma sah Autor. Bei einem bis dahin völlig gesunden Flösser zeigte sich im Anschluss an einen *Sturz in kaltes Wasser* eine Schwäche der Beine, welche ihn nöthigte, zuweilen die Arbeit auszusetzen, „und welche ärztlicherseits bald als ein Symptom einer beginnenden Rückenmarkskrankheit gedeutet werden konnte. Eine sehr ausgesprochene Verschlimmerung des Befindens trat alsdann  $3\frac{1}{2}$  Jahre später nach einem zweiten Unfall, einem Fall auf den Rücken, auf, sodass Pat. seit dieser Verletzung die Arbeit völlig einstellen musste. Die objective Untersuchung ergibt jetzt das typische Bild der S., nämlich: Nystagmus, Atrophia nervi optici, scandirende Sprache, spastischen Gang, gesteigerte Sehnenreflexe, Patellar- und Fussclonus, Babinski'schen Reflex, Steigerung des Blasenreflexes. Man ist entschieden berechtigt, die Entwicklung des Leidens hier mit dem Unfall in Beziehung zu bringen, da der Verletzte seit dem Fall ins Wasser die Schwäche in den Beinen verspürt; seinen Angaben ist auch durchaus Glauben zu schenken, zumal er für diesen Bootsunfall Entschädigungsansprüche zu erheben nicht berechtigt ist. Gerade solchen Unfällen, wie Fall ins Wasser, wird von verschiedenen (Jolly, Leyden, Mendel, Laehr) eine gewisse Bedeutung bei der Entwicklung der S. zuerkannt. Man wird bei obigem Pat. annehmen müssen,

dass eine Prädisposition zur Rückenmarkserkrankung seit Geburt vorhanden war, dass aber erst der Fall ins Wasser, welcher die Hautgefäße zu kräftiger Zusammenziehung brachte und so eine Blutdrucksteigerung in die inneren Organe, speciell in das krankhaft veranlagte Rückenmark, hinein verursachte, das veranlassende Moment zur Entstehung der Krankheit abgab. Wenn aber ein Trauma schon eine S. zum Ausbruch zu bringen im Stande ist, dann muss ein solches auch die bereits vorhandene Krankheit verschlimmern, ihren Verlauf beschleunigen und ihre Symptome verstärken können. So hat auch hier der zweite Unfall (Mai 1900) gewirkt, und das Gutachten lautete deshalb dahin, dass das Leiden bereits vor dem Trauma vom Mai 1900 bestand, und zwar ausgelöst durch den Bootsunfall von 1896, dass aber die zweite Verletzung eines solche Verschlimmerung herbeiführte, dass der bis dahin nur in geringem Grade erwerbsbeschränkte Pat. gegenwärtig eine Rente von 75% beanspruchen darf.

(Monatsschrift f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1902 No. 1.)

**Struma.** Parenchymatöse Injectionen empfiehlt Dr. Kronenberg (Solingen). Von dieser nichtoperativen Therapie ausgeschlossen von vornherein ist jede S., die sich durch besondere Complicationen, wie maligne Entartung, Cysten, ausgedehnte Degeneration, excessive Grösse auszeichnet, ebenso jede, wo wegen gefährdender Erscheinungen rasche Hülfe geboten erscheint. Dagegen steht diese Behandlung bei der rein parenchymatösen S. mittleren Grades auch jetzt noch im Vordergrund, trotz der Entwicklung der chirurgischen Technik. Die medicamentöse Therapie lässt oft im Stich, ebenso andere Methoden, während man durch parenchymatöse Injectionen, wenn man sie consequent durchführt, vorzügliche Resultate erzielen kann. Man injicirt am besten *Jodoform* in einer der beiden folgenden Formen:

Rp. Jodoform, 1,0

Ol. Olivar.

Aether. sulf. aa 7,0

Rp. Jodoform, 1,0

Aether. sulf. 14,0

Man führt eine (nicht zu enge!) Canüle in das Parenchym der S. ein, füllt die Spritze, sieht nach, ob

aus der Cantüle eine Blutung erfolgte (ist dies der Fall, so wird die Cantüle etwas zurückgezogen, aber nicht aus der Haut herausgezogen, und in etwas anderer Richtung wieder eingeführt) und injicirt 1 g (1—2 mal wöchentlich). Unter etwa 300 Einzelinjectionen kein unangenehmer Zufall! Höchstens manchmal leichte Schmerzhaftigkeit, Ziehen im Ohr, übler Geschmack. Die meisten Pat. standen im jugendlichen Alter. Die grösste Anzahl der bei einem Pat. gemachten Injectionen betrug 21, im Durchschnitt etwa 12. Abgesehen von ein paar Fällen, welche bald fortblieben, nie völliger Misserfolg! In 20% Verkleinerung der S. nur gering, in 11 von 21 Fällen vollständiger Erfolg, da die S. so weit zurückging, dass man nur noch einen kleinen Rest palpieren konnte, der keinerlei kosmetische oder physiologische Störungen verursachte. Die Injectionen müssen daher als wirksam und gefahrlos bezeichnet werden.

(Vereinigung westdeutscher Hals- u. Ohrenärzte in Köln, 21. IV. 1901. — Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 41.)

**Syphilis.** Die gleichzeitige therapeutische Anwendung von Quecksilber- und Jodpräparaten hat Dr. Lesser (Breslau, Neisser'sche Klinik) zum Gegenstand eingehender Untersuchungen gemacht. Dass sich bei gleichzeitiger Anwendung Jodquecksilber bilden kann, welches durch ätzende Eigenschaften zu schwerwiegenden Schädigungen führt, dafür giebt es in der Litteratur zahlreiche Belege. Bei Pat., die innerlich Jodkali nahmen und dann wegen einer Augenentzündung Calomel in den Conjunctivalsack eingestäubt bekamen, ging dies Calomel mit dem in der Thränenflüssigkeit ausgeschiedenen Jodkali eine Verbindung ein, das sich bildende gelbe Jodquecksilbersalz wirkte ätzend auf das Auge. Heftige eitrige Balanitis entstand, als man Calomel an der Glans anwandte bei gleichzeitigem inneren Gebrauch von Jodsalzen, u. s. w. Da warf sich nun wohl leicht die Frage auf, ob nicht vielleicht ausser Calomel noch andere Quecksilbersalze bei gleichzeitiger Einverleibung von Jodkali diese gefährliche Verbindung zu Jodquecksilber eingehen können, und insbesondere ob nicht bei der so mannigfachen Einverleibungsart von Hg-Präparaten etwa noch anderswo im Körper es zur Bildung von Jodquecksilber kommen kann. Diese Fragen sind ja

von einschneidendster Bedeutung für die Behandlung der S., da hier die combinirte mit Jod und Quecksilber eine grosse Rolle spielt. Manche, wie Lewin, verurtheilen dieselbe, die meisten aber verordnen sie bei tertiärer S., da sie die besten und schnellsten Heilresultate ergäbe, ohne je Schaden anzurichten. Ob dies letztere wahr sei, suchte Lesser zu ergründen durch Versuche an Kaninchen, welche Jodkali erhielten, gleichzeitig aber Hg-Präparate, letztere entweder per os oder per injectionem oder local applicirt; auch klinische Beobachtungen wurden herangezogen. Per os wurden einverleibt: Protojoduretum Hydrargyri, Hydr. oxydulat. tannic., Sublimat und Calomel. Wenn man in den Magen eines Kaninchens, in dessen Organismus Jodalkalien kreisen, und in dessen Urin also noch Jodkali ausgeschieden wird, durch die Schlundsonde einen Calomelbrei einverleibt und etwa nach 24 Stunden die Section vornimmt, so zeigen sich im Magen zahlreiche kleine Geschwürchen, deren Grund mit gelbem Jodquecksilbersalz bedeckt ist. Diese Aetzgeschwüre des Magens, welche bei interner Darreichung von Calomel in jedem Organismus, in welchem Jodkalium oder Jodnatrium kreist, entstehen, müssen die besondere Aufmerksamkeit der Praktiker in Anspruch nehmen. Es ist Pflicht des Arztes, vor jeder internen Verordnung von Calomel, sowie vor jeder äusseren Application desselben auf Schleimhäute, den Pat. zu fragen, ob er vorher Jod genommen hat, in zweifelhaften Fällen sogar zu untersuchen, ob Jod im Organismus circulirt. Als bester und bequemster Indicator zum Nachweise selbst der geringsten Mengen Jodalkali erweist sich das Calomel selbst. Da das innerlich genommene Jodkali im Urin, auf den Schleimhäuten, in den Thränen, im Speichel etc. ausgeschieden wird, so braucht man nur etwas Calomel mit Speichel zusammenzubringen; tritt Gelbfärbung des Calomels ein, so ist Anwesenheit von Jodkali im Körper erwiesen. Bei der so häufigen Verordnung des Calomels bei Darmstörungen von Säuglingen und bei hereditärer S. ist noch die Frage zu entscheiden, ob Säuglingen, die von einer Person, die Jodkali nimmt, gestillt werden, Calomel verschrieben werden darf. Diese Frage ist mit „nein“ zu beantworten, da Jodkali erwiesener Maassen in die Milch

der Brustdrüse übergeht und im Urin des Säuglings als Jodkali ausgeschieden wird. Daraus geht hervor, dass Jod auch im Blute des Säuglings circulirt hat, mithin auf allen Schleimhäuten ausgeschieden wird, weshalb die Verordnung von Calomel intern und extern (Conjunctiva) contraindicirt ist. Lesser's Untersuchungen, ob das Zusammentreffen der Milch mit dem Calomel im Magen direct zur Jodquecksilberbildung führt, d. h. ob ein Zusatz von Calomel zu der Milch von Wöchnerinnen, die Jodkali nehmen, gelb gefärbt wird, fielen positiv aus, woraus auch ersichtlich ist, dass das Jod in der Milch als Jodkali enthalten ist. Dass bis jetzt keine derartigen Fälle von Ulcerationen im Magen beschrieben sind, kommt wohl daher, dass die durch Aetzungen herbeigeführten subjectiven Beschwerden der Pat. in ihrer Ursache verkannt und vielleicht mit der schon bestehenden ursprünglichen Darmaffection, wegen der das Calomel verschrieben wurde, in Verbindung gebracht werden. Dass die innerliche Anwendung von Protojoduret. Hydrarg. und von Hydrarg. oxydul. tannic. bei Anwesenheit von Jodalkalien im Organismus ebenfalls contraindicirt ist, lehrten weitere Untersuchungen, aus denen fernerhin hervorging, dass Sublimat bei gleichzeitiger Jodkalidarreichung gut tolerirt wird, wenn man sie nicht so rasch hintereinander giebt, dass sie direct im Magen zusammentreffen, wo sie eine chemische Verbindung eingehen können. Was nun die hypodermatische Injection zunächst unlöslicher Quecksilbersalze anbelangt, so gaben Calomelinjectionen bei gleichzeitiger Jodkalidarreichung zu lebhaften subjectiven Beschwerden der Pat. an den Injectionsstellen Anlass und führten, wie Thierversuche zeigten, zu hochgradiger Entzündung im Muskel, während Injectionen von Hg. salicyl., Hg. thymol.-acet. und Ol. ciner. anstandslos vertragen wurden. Das bei Calomel an der Injectionsstelle gebildete Jodquecksilber ist aber nur als local wirkendes schädliches Product zu betrachten, das nicht etwa nach Resorption noch anderswo zu entzündlichen Vorgängen führen kann; und da nun gerade diese Combination nach den Erfahrungen vieler Syphilidologen als äusserst schnell und energisch wirkende Behandlungsmethode sich charakterisirt, so wäre wohl nichts dagegen einzuwenden, wenn in schweren Fällen von visceraler und cerebraler

S. Calomelinjectionen unter gleichzeitiger Jodtherapie gemacht würden, unter Nichtbeachtung jener an der Injectionsstelle entstehenden Schmerzen, Abscesse u. dgl. — Injectionen löslicher Quecksilbersalze bei gleichzeitiger interner Jodmedication sind, so lehrten die Versuche, nicht contraindicirt. Was die äusserliche Anwendung von Quecksilberpräparaten bei gleichzeitiger Jodkalidarreichung anbetrifft, so hat sich herausgestellt, dass eine Ausscheidung von Jodkali an Hautulcerationen erst bei einer längere Zeit gereichten Dosis von 9 g Jodkalium pro die nachweisbar ist. Es ist also die äusserliche Application von Calomel und weisser Praecipitatsalbe auf Hautwunden bei innerlicher Anwendung grösserer Dosen von Jodkali contraindicirt, da sich unter lebhaften Beschwerden am Applicationsort ätzendes Jodquecksilber bildet; bei Einverleibung geringer Jodkalilösungen (3 g pro die) ist nichts zu befürchten, ebensowenig bei Sublimatumschlägen auf äusseren Wunden. Die äussere Application von Calomel auf Schleimhäute (Conjunctiva, Larynx, Urethra, Praeputialsack etc.) ist bei Jodkalidarreichung nicht gestattet! Bei gelber Augensalbe, weisser Praecipitatsalbe ist ebenfalls grosse Vorsicht geboten. Beim Hydrarg. cyanat. (Urethra, Blase) kommen ebenfalls sehr heftige, krampfartige Schmerzen zu Stande, wenn Pat. Jodkali nimmt. Wir sehen also, dass eine Combination von Jodkali und Hg in der Behandlung nur dann stattfinden darf, wenn man Inunctionen von Ung. ciner. ausführt oder Injectionen von löslichen Quecksilbersalzen macht, von unlöslichen nur von Hydrarg. salicyl., Hydr. thymol.-acet. und Ol. ciner.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 47/48.)

- Einen Fall von Facialisparalyse bei hereditärer S. stellte Bruhns vor (Berlin, Lesser'sche Poliklinik). Das fünf Monate alte Kind kam an mit einem frischen maculo-papulösen Exanthem, einem specifischen, seit 8 Wochen bestehenden Schnupfen und mit halbseitiger Facialisparalyse. Letztere ist ja im frühen Stadium der S. bei Erwachsenen ziemlich häufig, und sie kommt zu Stande durch Periostitis des Knochencanals, in dem der Facialis verläuft, seltener durch einen primären neurotischen Process. Ein solcher Fall liegt offenbar



hier vor, doch ist es in so frühem Alter bei hereditärer S. ganz ungewöhnlich.

(Gesellschaft der Charité-Aerzte 23. V. 1901. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 3).

- Zur Prophylaxe der mercuriellen Stomatitis und Proctitis empfiehlt Dr. M. Bockhardt (Wiesbaden) warm Unna's 50%ige Kal. chloric.-Zahnpaste, deren vortrefflicher Effect darauf beruht, dass sie nicht nur grosse antiseptische Kraft besitzt, sondern auch auf die Mundschleimhaut secretionsbefördernd wirkt. Autor hat seit 1895 alle seine syphilitischen Pat. während der Mercurialbehandlung diese Paste gebrauchen lassen. Sehr wichtig ist freilich, wie man sie anwendet. Die richtige Anwendung beruht nämlich auf der Theorie von der constanten Mitwirkung der Spaltspilze bei der Entstehung der mercuriellen Stomatitis. Man darf demnach nicht bloss die Zähne mit der Paste reinigen lassen, sondern muss letztere mit allen den Schlupfwinkeln in Contact bringen, in denen die Bakterien der Mundhöhle sich hauptsächlich aufhalten, also speciell der Umgebung solcher Weisheitszähne des Unterkiefers, die noch nicht vollständig durchgebrochen sind, oder deren Kaufläche von einem Zahnfleischwulst bedeckt ist, ferner dem engen Raum zwischen Zahnfleischrand und Zähnen, besonders an den unteren Schneide- und Eckzähnen. Bei sehr vielen Personen, die an Zahnstein und Gingivitis marginalis oder an leichter chron. Gingivitis leiden, besteht zwischen Zahnfleischrand und Zähnen ein Spalt, in dem sich viel Bakterien befinden. Der Pat. hat also auch das Zahnfleisch, die labiale wie linguale Fläche, sorgfältig mit einer weichen Bürste (Dachshaare!) zu reinigen, und zwar 3—4 mal täglich vom Beginn der Mercurialbehandlung an (noch besser schon einige Zeit früher!). Auf diese Weise hat Autor bei 2000 Syphilitikern nie eine erheblichere Stomatitis gesehen; diese entstand nur bei vereinzeltten Pat. mit Idiosynkrasie gegen Hg, welche aber die Reinigung nicht ausführen konnten, weil sie gleich bei Beginn der Cur solche Schmerzen im Mund bekamen, dass die Anwendung der Bürste unmöglich war. Deshalb ist es auch zu spät, die Paste in Gebrauch zu ziehen, wenn schon Stomatitis sich entwickelt hat, da man dann eben wegen der Schmerzhaftigkeit des

entzündeten Zahnfleisches nicht mehr die Paste in richtiger Weise benützen kann. Hier ist dann Wasserstoffsuperoxyd am Platze, das aber als Prophylakticum nicht so gut ist, weil es nicht secretionsbefördernd wirkt, wie die Paste. Diese schützt auch nach den Erfahrungen des Autors vor der Proctitis mercurialis, die er jetzt kaum mehr beobachtet. Pflegt doch ihr auch fast stets eine Stomatitis mercurialis voranzugehen! Der an Stomatitis leidende Pat. verschluckt fortwährend eine ungeheure Anzahl reducirend wirkender Mikroorganismen der Mundhöhle, von denen sicher sehr viele in den Dickdarm gerathen, wo sie die Zahl der dort schon reichlich vorhandenen Bakterien vermehren. Das Hg aber, selbst ein Reductionsmittel und innerhalb der Gewebe (Zahnfleisch, Dickdarmschleimhaut) und ausserhalb derselben (faulende Substanzen, Koth) thätig, steigert die Intensität dieser Reductionsprocesse und begünstigt dadurch die Thätigkeit und Vermehrung der ebenfalls reducirend wirkenden Bakterien. Diese, unter günstigere Lebensbedingungen gesetzt, befinden sich einem geschwächten Gewebe gegenüber, in das sie eindringen und Entzündung hervorrufen. Die prophylaktische Wirkung des Kal. chloric. beruht nun auf dessen energischem Oxydationsvermögen gegenüber organischen und faulenden Körpern. Durch Benützung der Paste paralysirt man durch dies stark oxydirende Mittel den deletären Einfluss des Hg auf die Gewebe der Mundhöhle, indem man die durch das Hg verbesserten Lebensbedingungen der Bakterien durch den O. des Kal. chloric. wieder verschlechtert. Indem man so den Pat. auch verhindert, eine grosse Menge von Mikroorganismen zu verschlucken, schützt man ihn auch vor der Proctitis.

(Monatshefte für prakt. Derm. 1902 Bd. 34 No. 3.)

**Tabes dorsalis.** Ueber Schwangerschaft und Geburt bei vorgeschrittener Tabes sprach Mirabeau. Wenn schon überhaupt T. bei Frauen in auffallend geringerer Zahl als bei Männern beobachtet wird, so erscheint Schwangerschaft und Geburt bei einer Tabetikerin ein äusserst seltenes Ereigniss zu sein. Ueberall steht geschrieben, dass die Geschlechtsfunctionen fast regelmässig bei vorgedückter Erkrankung abnehmen, ja dass Impotenz manchmal schon zu den frühesten Symptomen der

Erkrankung gehöre. Nur in einer neuen Arbeit über T. von Leyden und Goldscheider heisst es: „Nicht so eclatant ist der Einfluss auf die Geschlechtssphäre des Weibes. Die Menstruation geht meist regelmässig von statten, auch sind Fälle von normal verlaufener Schwangerschaft und Entbindung beobachtet. Immerhin scheint es doch im weiteren Verlaufe der Krankheit nur ausnahmsweise zur Conception zu kommen und auch Menstruationsstörungen sind häufig.“ Da ist nun ein neuer Fall, wie ihn Mirabeau sah, sicher von Interesse. Er beobachtete die jetzt 34jähr. Frau seit 3 Jahren. 1867 geboren, in ihrer Jugend immer gesund, hatte sie seit ihrem 17. Lebensjahre die Periode regelmässig und stark. In diesem Jahre erkrankte sie nach einem sexuellen Rapport und wurde  $\frac{1}{4}$  Jahr antiluetisch behandelt. Im folgenden Jahre wieder Schmiercur wegen eines Auschlages, seither blieb Pat. gesund. 5 Jahre nach dieser Infection heirathete sie, die Ehe blieb kinderlos. Im 26. Lebensjahre, also 9 Jahre nach der Infection und im 4. Jahre der Ehe, bemerkte Pat. zunehmende Schwäche der Beine, Unsicherheit beim Gehen und zeitweise Schmerzen in den Extremitäten. Verschiedene Curen blieben erfolglos, Pat. konnte dann überhaupt nicht mehr stehen. Im September 1898 sah sie Autor zum ersten Mal, wegen Genitalblutung gerufen. Periode war damals 2 Monate ausgeblieben, seit 5 Tagen jetzt aber starke Blutung. Dem Befunde nach schien ein Abort vorausgegangen zu sein. Auf Bettruhe, heisse Ausspülungen und Eisblase stand die Blutung, die Untersuchung ergab das Bild einer vorgeschrittenen T. Beide untere Extremitäten vollständig gelähmt, fehlende Patellarreflexe, vollständige Ataxie beider Beine, stark herabgesetzte Sensibilität, enge Pupillen bei vollkommener reflectorischer Starre, Sensibilitätsstörungen an den oberen Extremitäten, schwere Störung der Urin- und Stuhlentleerung. Infolge völliger Unempfindlichkeit fehlt jede Controlle. Sexuelle Empfindungen bestehen seit 3 Jahren nicht mehr, doch duldet Pat. die sexuellen Rapporte des Gatten, der gern ein Kind hätte. Antiluetische Cur. Erst nach  $\frac{3}{4}$  Jahr sah Autor die Pat. wieder, jetzt im 3. Monat einer Gravidität. Wieder Inunctionscur. Die Schwangerschaft nahm einen regelmässigen Verlauf, Pat. hatte keinerlei Beschwerden.

nur musste oft katheterisirt werden. Merkwürdig gestaltete sich die Entbindung, die genau am berechneten Schwangerschaftsende erfolgte. Mit Rücksicht auf die hochgradigen nervösen Störungen an den unteren Extremitäten, an Mastdarm und Blase, musste man auch an eine Insufficienz der Uterusmusculatur denken, da wir ja wissen, dass die Innervationscentren für die Genitalorgane ebenfalls in der Gegend des Ueberganges vom Brust- zum Lendenmark sitzen, d. h. gerade da, wo die Degeneration der Hinterstränge bei T. in der Regel beginnt. Man konnte also mit einer wirksamen Wehentätigkeit nicht rechnen und musste, zumal es sich um eine 30jähr. Ipara handelte, auf eine künstliche Entbindung gefasst sein. Es kam aber anders. Ein Zeitpunkt des Beginnens der Geburt liess sich überhaupt nicht bestimmen, da die Pat. *nicht die geringste Empfindung von Wehen* hatte. Erst der Abfluss des Fruchtwassers machte die Umgebung darauf aufmerksam, dass die Geburt begonnen habe. Dabei erwies sich der Muttermund handtellergröss. Von diesem Moment bis zur Vollendung der Geburt verstrichen 65 Minuten, und in diesen Zeiten kamen 7 Wehen zu Stande, und zwar 5 von ganz ungewöhnlicher Länge und Stärke. *Von all dem verspürte Pat. nicht das Geringste*, sie lag fast theilnahmslos da, während der Uterus die Frucht herauspresste; nur als die Bauchpresse einige Male reflectorisch mit in Action trat, meinte sie, leichten Stuhl drang zu empfinden. Mit der 6. Wehe kam das Kind, ein kräftig entwickeltes Mädchen, mit der 7. die Nachgeburt. Ebenso ideal verlief das Wochenbett, das Kind gedieh prächtig, bekam aber nach 3 Wochen ein Exanthem, das auf Calomel rasch verschwand. Der Fall zeigt, dass die motorischen Functionen des Uterus ziemlich unabhängig vom Rückenmark sind und offenbar im Wesentlichen durch periphere Nervencentren im Uterus selbst ausgelöst werden. Da die Schmerzempfindlichkeit vollkommen aufgehoben war, müssen wir ferner annehmen, dass die nervöse Verbindung von Uterus und Lendenmark resp. Sympathicus im Wesentlichen aus sensiblen Bahnen besteht, die dann allerdings reflectorisch auch motorische Reize auslösen können, die aber gegenüber den vom Uterus selbst ausgelösten Contractionen höchstens regulirend, ja sogar hemmend

wirken. *Die Wehen waren hier von ungewöhnlicher Länge und Kraft.* Bei normalen Geburten beobachtet man, dass gerade die grosse Schmerzhaftigkeit es ist, welche den Effect der Wehen beeinträchtigt; die Frauen arbeiten unwillkürlich den Wehen entgegen, und Morphium wirkt da durch Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit indirect geradezu wehenverstärkend. Das Morphium vertrat hier der Ausfall der sensiblen Bahnen zum Rückenmark in idealer Weise.

(Gynaekol. Gesellschaft in München 21. XI. 1901. —  
Centralblatt für Gynaekologie 1902 No. 5).

- Einen **Fall von infantiler T.** demonstirte Dr. M. Bloch. Pat. hereditär nicht belastet, bekommt seit einigen Monaten anfallsweise Angstgefühl, Herzklopfen, Pulsbeschleunigung und Frösteln, weshalb er den Arzt aufsucht. Seit 3—4 Jahren besteht auch Ischurie, bisweilen Incontinenz. Die Untersuchung ergibt bei dem Pat., der ausgesprochen infantilen Habitus darbietet (17 Jahre alt, sieht er wie 13jährig aus, die Pubes fehlen etc.), Pupillenstarre, Westphal'sches und Romberg'sches Zeichen, Störungen der Sensibilität und Coordination, Blasenstörungen, Symptome, die beim Erwachsenen die Diagnose T. als zweifellos hinstellen würden. Auch hier handelt es sich um T., die allerdings in so jugendlichem Alter selten vorkommt, aber doch schon mehrfach beobachtet worden ist, in der Regel bei hereditärer Lues. Der Pat. bietet Zeichen derselben nicht dar, die Eltern erweisen sich bei der Untersuchung ebenfalls als gesund, nur hat die Mutter mehrere Aborte und Frühgeburten gehabt, was natürlich verdächtig erscheint. Jene Anfälle aber sind wohl nichts Anderes, als eine Art von „Herzkrisen“.

(Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. 13. I. 1902. —  
Neurolog. Centralblatt 1902 No. 3).

**Tuberculose.** Die **medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberculose** empfiehlt für gewisse Fälle Dr. Fritz Köhler (Lungenheilanstalt Holsterhausen bei Werden a. d. Ruhr). Man kann diese Bekämpfung aus verschiedenen Gründen meist nicht streng und ausschliesslich nach Brehmer-Dettweiler'schen Principien, deren Quintessenz hier die vollkommene Bettruhe bei wesentlich reducirter Kost ist.

durchführen; auch zeigt die Erfahrung, dass häufig trotz consequenter Bettruhe und erheblich eingeschränkter Kost das Fieber nicht weichen will. Es versagen auch nur zu oft die hydrotherapeutischen Maassnahmen, denen Autor im Uebrigen bei der Behandlung der Lungentuberculose einen weitgehenden, allerdings scharf individualisirten Bereich einräumt. Durch die anhaltend gesteigerte Körpertemperatur leidet aber der Organismus der Tuberculösen ausserordentlich, und es muss da, indem eben so häufig die nur physikalisch-diaetetischen Grundsätzen nachgehende Therapie versagt, die medicamentöse zu Hülfe genommen werden. Vor allem hat Autor hierbei das *Pyramidon* benützt. Es gelingt, unter der Anwendung von Antipyreticis die Temperatur der Tuberculösen oft so zu regeln, dass eine vorsichtige Bewegung im Freien ermöglicht wird (natürlich bezieht sich das nicht auf zu weit vorgeschrittene Fälle, bei denen die blosser Rücksicht auf die Erhaltung der Körperkräfte eine andauernde Bettruhe gebietet). Wir schalten damit den so wichtigen Factor des Freiluftgenusses unter gleichzeitiger vorsichtiger Herzanregung unter dem Einfluss der Muskelbewegung wieder in die Therapie ein, das subjective Wohlbefinden des Pat. wird dadurch gesteigert, die Psyche dadurch, dass Pat. Abwechslung hat, sich an der Natur erfreut, in Verkehr mit anderen tritt u. s. w., günstig beeinflusst. Natürlich bedarf die Bewegung im Freien besonders bei dieser Klasse der Tuberculösen, welche ohne Fiebermittel gesteigerte Temperaturen zeigen, genauer Dosirung, der üblichen Liegecur ist ein grösserer Zeitraum am Tage einzuräumen, als bei solchen Pat., welche kein Fieber zeigen. Auch dürfte man die Bewegung im Freien nicht ohne Weiteres täglich gestatten, vielmehr den ganzen Tagesplan erst endgültig nach genauer Kenntnissnahme von vorausgehenden Versuchstagen, an welchen nach der Arzneibehandlung des Fiebers körperliche Bewegung in freier Luft gestattet wird, aufstellen. Dabei spielt die Penzoldt'sche Temperaturregistrirung nach leichten Marschübungen\*) eine ausschlaggebende Rolle. Weiter ist aber noch zu berücksichtigen, dass die Nahrungsaufnahme zu fieber-

---

\*) Siehe den nächsten Artikel.

freier Zeit reichlicher ausfällt, als in Fieberszeit, dass also ausreichende Ernährung besser gewährleistet wird. *Die medicamentöse Fieberbehandlung unterstützt also unzweifelhaft die physikalisch-diaetetische Therapie der Phthise* und sollte auch in der Privatpraxis in geeigneten Fällen stets herangezogen werden.

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 50.)

- Ist die bei Phthisikern nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber zu betrachten? Mit dieser Frage beschäftigt sich Dr. Ott (Heilstätte Oderberg i. Harz). Vor einiger Zeit machte Penzoldt darauf aufmerksam, dass bei sonst fieberfreien Phthisikern verhältnissmässig leichte Anstrengungen Erhöhung der Körperwärme auf  $38^{\circ}$  und darüber hervorrufen. Das hat später von verschiedener Seite Bestätigung gefunden, und Autor selbst konnte bei ca. 100 darauf Untersuchten das fast regelmässige Eintreten jenes Phaenomens constatiren. Andere, z. B. Schneider, erhoben Widerspruch, doch wurde hier Mundmessung vorgenommen, während Penzoldt ausdrücklich Aftermessung vorschrieb. Es ist inzwischen auch festgestellt worden, dass die Mundtemperatur von der Temperatur des umgebenden Mediums abhängig ist, insofern, dass niedrige Aussentemperaturen ein Sinken der Mundwärme bewirken; wenn also die Phthisiker bei kühler Temperatur marschiren, dabei den Mund noch öfters öffnen etc., dann ergiebt die Mundmessung nachher allerdings sogar oft ein Herabgehen der Temperatur nach dem Marsch, während richtige Messungen im After wie gesagt fast stets Temperaturerhöhung ergeben. Dabei ist allerdings noch nicht erwiesen, dass letztere „Fieber“ bedeutet, da es ja auch nichtfieberhafte Temperatursteigerungen giebt, z. B. durch Wärmestauung (im warmem Bade!). Nun steht durch Untersuchungen fest, dass in ca. 90 % aller Fälle von Fieber sich Albumosen im Harn finden, ferner, dass diese Albumosurie ein Zeichen des fieberhaften Processes an sich ist. Autor untersuchte nun 25 Phthisiker, die vor dem Spaziergang fieber- und albumosefrei waren; nachher aber zeigten alle Temperatursteigerung (bis  $38,5^{\circ}$ ), 19 davon ( $= 76\%$ ) auch Albumosen. Es handelt sich also in der That um

Fieber, und für die Praxis ergibt sich daraus die Nothwendigkeit, dieses zu verhindern. Das heisst nun nicht, dass die Pat. von Fröh bis Abends liegen sollen, man darf auch nicht ins andere Extrem verfallen, das fieberfreien Phthisikern unbeschränkte Bewegungsfreiheit einräumt. Die nicht selten vorkommende Thatsache, dass sich an körperliche Ueberanstrengungen bei Lungenkranken lang dauerndes Fieber mit fortschreitendem Verfall anschliesst, muss zur Gentüge die Gefährlichkeit dieses Extrems kennzeichnen.

(Ibidem.)

- Die **Entstehung der T. beim Menschen durch den Genuss von Fleisch** behandeln Jacob und Pannwitz. Da eine Fütterungstuberculose durch rohes Fleisch tuberculöser Thiere entschieden vorkommt und der Genuss desselben und die aus ihm hergestellten Präparate gesundheitsschädlich sein können, zum Mindesten für Kinder und Kranke, aber auch das Blut bei schwereren Fällen von T. Tuberkelbacillen enthalten kann, so sollte in systematischer Weise das gepökelte und geräucherte Fleisch auf Tuberkelbacillen untersucht werden, das in grossen Massen aus dem Auslande bei uns importirt wird, und zwar häufig genug aus Ländern, in denen eine genügende staatliche Beaufsichtigung der Schlachthäuser nicht stattfindet. Dieselbe Forderung muss für diejenigen Nährpräparate resp. Fleischextracte aufgestellt werden, die heute in Massen producirt werden. Diese Präparate werden fast sämmtlich in der Weise hergestellt, dass aus dem rohen Fleische durch grosse Pressmaschinen der Saft herausgepresst wird; und so liegt die Möglichkeit vor, dass die im rohen Fleische enthaltenen virulenten Tuberkelbacillen in das Präparat übergehen. Dies ist um so mehr zu beachten, weil die Fleischextracte etc. gerade bei Kindern, Kranken, Reconvallescenten verwendet werden, also bei Menschen mit verminderter Widerstandskraft der Organe.

(Heilkunde 1901 No. 9. — Centralblatt für innere Medicin 1901 No. 49.)

- Die **Beziehungen des Lupus erythematosus discoides zur T.** suchte W. Pick zu erforschen an 43 in der Breslauer dermatolog. Klinik von 1892—1901 zur Beobachtung gelangten Fällen. Trotz Anwendung der



feinsten Methoden zur Feststellung von T. (auch Tuberculin wurde benützt und nur 1mal damit eine verdächtige locale Reaction erzielt), trotz Benützung auch der geringfügigsten anamnestischen Momente fehlte doch in 25 Fällen (= 58 %) jeder Anhaltspunkt für T., und nur bei 18 waren irgendwelche für T. im positiven Sinne verwendbare Daten zu eruiern. Nie liessen sich tuberculöse Veränderungen im Gewebe nachweisen, nie Tuberkelbacillen, und Inoculationsversuche fielen negativ aus. Aus alledem geht hervor, dass *aetiologische Beziehungen zur T. nicht bestehen*.

(Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 58 Heft 3.)

**Typhus abdominalis.** Zur Wirkung des Urotropins bei Typhusbakteriurie macht E. Fuchs (Prag, I. med. Klinik) Bemerkungen auf Grund von Untersuchungen, die sich auf 41 Fälle von T. erstrecken. Unter diesen kam es bei 14 zu einer Ausscheidung von Bakterien durch den Harn. Es handelte sich aber meist um *Bacter. coli*, und hier war eine merkliche Wirkung des Urotropins nicht zu constatiren. Nur in 4 Fällen kam es zu einer massenhaften Ausscheidung von Typhusbacillen, in einem Fall (letal verlaufend) schon während des Fiebers, bei den übrigen erst später. Urotropin wurde bei 2 Fällen durch längere Zeit, bei einem nur 1 Tag verabreicht. In allen 3 sank schon am folgenden Tage die Menge der ausgeschiedenen Typhusbacillen ganz bedeutend, stieg aber wieder, wenn das Mittel ausgesetzt wurde. Es scheint also, dass Urotropin nur bei jenen Fällen von Bakteriurie günstig wirkt, wo es sich um Typhusbacillen handelt. Auch hier wirkt es nicht geradezu antiseptisch, sondern nur entwicklungshemmend. Das Mittel wäre daher bei Typhusreconvalescenten, bei denen man die Bakteriurie beeinflussen will, längere Zeit zu reichen, und zwar so lange, bis die Bakteriurie schwindet.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 7.)

- Ueber plötzlichen Beginn bei T. lässt sich Wormser aus. Es giebt neben den typisch nach einer längeren Incubationszeit beginnenden Fällen auch solche, bei denen der Kranke nach vorherigem vollständigen Wohlbefinden ohne prodromale Erscheinungen plötzlich einen heftigen

Schüttelfrost mit erheblicher Temperatursteigerung von 39 auf 40° bekommt. Man denkt auf Grund der Kopfschmerzen, Gliederschwere und der anderen Symptome eher an Influenza, als an Typhus. In anderen Fällen wieder beginnt die Erkrankung mit heftigen Kolikschmerzen, gefolgt von Nausea und Erbrechen. Schliesslich wurden auch Fälle beobachtet, die mit rheumatischen Schmerzen oder einem heftigen Torticollis einsetzten. Namentlich bei Kindern setzt der Typhus in dieser plötzlichen Weise ein, so dass erst die genaue Verfolgung des Verlaufes die Diagnose ermöglicht. Interessant ist das vorzeitige Eintreten sero-diagnostischer Erscheinungen bei diesen Formen des Typhus. Während gewöhnlich die Agglutinationsfähigkeit erst am Ende der ersten Woche eintritt, erscheint diese bei letzteren Fällen schon am 6., 5., selbst 3. Tage. Die Prognose dieser Formen des Typhus kann noch nicht allgemein beurtheilt werden, doch scheint sie kaum von der gewöhnlichen Form abzuweichen.

(Thèse de Paris 1901. —  
Klin.-therap. Wochenschrift 1902 No. 7.)

## Vermischtes.

- Die **Pasta serosa Schleich** in der **Dermatotherapie** benützte erfolgreich Dr. Scharf (Stettin). Vorzüglich bewährte sie sich bei fast allen Formen von *Dermatitis* und acutem *Ekzem* (nur bei Jodoformdermatitis that Ichthyol. pur. aufgepinselt, darüber Amylum, bessere Dienste), bei allen durch chemische oder thermische Reize erzeugten Exsudationsprocessen, bei durch Wundsecret entstandenem Intertrigo u. s. w. Auf die erkrankten Parthieen dünn aufgestrichen, trocknet die Masse ziemlich schnell zu einer festen weissen Decke ein, die sehr fest haftet, dabei porös und kühlend ist und nie reizt, die eine Ruhigstellung der Haut in bester Weise gewährleistet und rasch austrocknend wirkt. Auch bei *Balanitis simplex*, bei *Blepharitis ciliaris* empfiehlt sich ihre Anwendung, ferner bei *Combustio* I. und II. Grades, wo sie aber dick aufgestrichen werden muss, um die Blasen, nachdem der Inhalt derselben durch

Anstechen entfernt ist, wieder zur Anlegung an 'das Corium zu bringen. Unentbehrlich ist jetzt dem Autor die Pasta serosa auch bei der Behandlung von Wunden, insbesondere des *Ulcus cruris* geworden. Sobald der Reparationsprocess einer Wunde soweit gediehen, dass die Granulationsfläche nur noch der Ueberhäutung harrt, wird der Rand bis an und etwas auf die Granulationen reichend mit der Paste bedeckt, die Wundfläche selbst mit einem anderen Mittel (Ichthyol!) behandelt, und über das Ganze zuerst eine trockene, darüber eine Unna'sche Zinkleimbinde applicirt.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 Bd. 33 No. 9.)

- Ueber eine **Sarkoptes-Invasion** berichtet Dr. J.A. Tschuschner (Bad Liebwerda). 29jährige Arbeiterin, seit 16 Jahren an einer Hautkrankheit am rechten Handrücken leidend, die schon von vielen Aerzten ohne Erfolg behandelt wurde, auch mit dem Thermokauter (für Lupus gehalten). Die Affection stellt sich dar als ein etwa 3 cm breites, über die Dorsalseiten der Finger einerseits, über die proximalen Enden der Metacarpi andererseits verlaufendes Band, von einem engen Nebeneinander von kleinen, bis 2 mm tiefen Fistelgängen, die Blut und Eiter entleeren, gebildet, aber allorts mit einer dicken, schildkrötenpanzerähnlich durch Bruchstellen abgetheilten, kleisterartig durchscheinenden, hypertrophischen Epidermisschicht bedeckt. Planta manus vollständig frei. Jedenfalls ist das Leiden nach den überall frei verschieblichen Narben zu schliessen, von einer Stelle des Handrückens aus centrifugal sowohl gegen das Handgelenk, als auch gegen die Fingerspitzen progressiv. Die afficirten Parthieen jucken, die subdermalen Gebilde sind nicht betheiligt. Denkt man sich die Hand dicht behaart, so hätte die gewucherte Epidermis nicht wie jetzt in den erwähnten, erbsen- bis hellerstückgrossen Panzerplatten zusammenhalten können, sondern sie hätte sich je nach der Dichte der angenommenen Behaarung in verschieden grossen Lamellen, vielleicht also auch kleienartig, abschuppen müssen, — dann hätte das Krankheitsbild mit den zahlreichen Haemorrhagieen aus den Fistelgängen jedem Thierarzt als „rothe Räude“ imponirt. Auf Befragen gab Pat. an, als 13jähr. Kind oft mit einem Hund gespielt zu

haben, der keine Haare mehr hatte und später vom Vater krankheitshalber getödtet werden musste. Der mikroskopische Nachweis der Milbe gelang dem Autor nicht, dazu hätten Excisionen gehört, welche Pat. verweigerte. Das Leiden scheint recht selten zu sein. Therapie: Schälpaste aus Kal. caust., Amyl. aa, dann auf das blossgelegte Corium Salben aus Perubalsam, Styrax und Naphthol. Es trat Heilung des Leidens ein, Haut jetzt, von den Narben abgesehen, normal.

(Prager med. Wochenschrift 1902 No. 5.)

- Ueber **Anwendung des Camphers**, wie sie sich ihm oft bewährt hat, macht Dr. Haeubler (Zwönitz) Mittheilung. Er zieht eine Lösung des Camphers in Aether der in Oel vor, da letztere alles unangenehm verschmiert, vor allem die Spritze. Die Lösung, die Autor stets vorrätig hält, besteht aus Camphor. trit., Aether. sulf. aa, sodass eine Pravazspritze 1 g Campher enthält. Autor injicirt diese Dosis zunächst bei Collaps Erwachsener, event. nach einiger Zeit nochmals  $\frac{1}{2}$ —1 Spritze. Trotz solch hoher Dosen bisher nie unangenehme Nebenwirkungen. Ein 3jähr. Kind mit Scharlach, das im Bade einen Collaps hatte, erhielt 3 Theilstriche mit Erfolg. Bei einer Pat. mit Puerperalfieber machte Autor ebenfalls mit hohen, längere Zeit angewandten Campherdosen gute Erfahrungen. Die Pat., die mehrfache Schüttelfröste und Pneumonie hatte, bekam tägl. 5 Pulver von Champhor. trit. 0,2 + Antipyrin 0,5, so 7 Tage hindurch. Sie genas, und auch hier traten unangenehme Nebenwirkungen nicht zu Tage. Die Injectionen machte Autor stets in die Unterschlüsselbeingruben. Junge Kinder bekommen das Mittel meist per Klysma (0,1 in eine kleine Spritze Tokayer).

(Therap. Monatshefte 1901 No. 12.)

- Einen praktischen, nach Form gewisser Bleistifte construirten **Aetzmittelträger** hat L. Lewin construiert.\*) Derselbe lässt automatisch, im Augenblicke des Gebrauchs das Aetzmittel heraustreten und nach Gebrauch wieder ins Innere verschwinden, er gestattet, ohne Mühe die Aetz-

\*) Medicin. Waarenhaus, Berlin.

mittel selbst auszuwechseln und bietet auch sonst viele Vorzüge gegen die bisher üblichen Aetzmittelträger.

(Berliner klin. Wochenschrift 1901 No. 49.)

- Ein *neues Baldrianpräparat*, das *Valeriansäurediaethylamid* empfehlen Prof. Kionka und Dr. A. Liebrecht (Jena). Nachdem die pharmakologische Prüfung die Wirksamkeit und Unschädlichkeit des Mittels ergeben hatte, wurde es bei mehr als 100 Pat. klinisch erprobt. Es bewährte sich am besten bei:

1. *Hysterie*, selbst schweren Grades, auch *Hysteria virilis*. In einzelnen Fällen bestanden gleichzeitig schwere Herzfehler, sodass die objectiv wahrnehmbare Besserung (resp. Heilung) der Hysterie ein wesentlicher Heileffect war. Wiederholt liess sich der erzielte Heilerfolg auch objectiv feststellen. Auch bei einigen Fällen von *Neurasthenie* und *Hypochondrie* deutliche Besserungen.

2. *Traumatischen Neurosen*, namentlich den auf Störungen in der Gefässinnervation beruhenden Krankheitserscheinungen.

3. Bei gewissen wohl durch die gleiche primäre Schädigung verursachten Formen von *Hemicranie* und *Neuralgien*, z. B. *Ischias*. Auch bei einzelnen Fällen von *Flimmerscotom* schöne Erfolge.

4. *Störungen während der Menstruation*, wie Blutwallungen, Leibschmerzen, Kopfschmerzen; mitunter wurden auch die Blutungen verringert.

5. *Beschwerden während des Climacteriums* (Ausfall-Erscheinungen) und *während der Gravidität* (Wallungen).

Das Präparat, unter dem Namen „*Valyl*“ dargestellt (Höchster Farbwerke), ist nur in Gelatine kapseln (zu 0,125 g aa mit Sebum ovile) erhältlich, von denen man giebt 3 mal tägl. 2—3 Stück (in hartnäckigen Fällen 4—6)

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 49.)

- *Valyl* wandte auch Prof. G. Klemperer (Berlin) bei 34 Pat. an, die 2000 Kapseln erhielten (lassen sich gut nehmen und werden meist sehr gut vertragen), und zwar in der Regel 3 Stück pro die. 12 Pat. mit *allgemeinen nervösen Erregungszuständen* waren sämtlich mit der beruhigenden Wirkung des Mittels zufrieden. 5 Pat. erhielten die Kapseln (hier Abends im Laufe einer Stunde 3 Stück) wegen nervöser *Schlaflosigkeit*; in 2 Fällen

prompter, oft sich wiederholender Erfolg, 3 mal keiner. Von 3 Pat. mit *Hemicranie* verspürten 2 wesentliche Erleichterung nach längerem Gebrauch. 2 Fälle von nervösen Magenschmerzen verschlimmerten sich eher; auch bei wirklicher Angina pectoris 3 Fälle) Misserfolg. Ganz ausgezeichnete Resultate dagegen bei nervösen *Herzbeschwerden* (9 Fälle). Vielleicht sind auch bei anderen hysterischen und nervösen Affectionen noch bessere Erfolge zu erreichen, wenn man die Dosis steigert (auf 5—10 Kapseln pro die).

(Die Therapie d. Gegenwart 1902 No. 1.)

- Eine wenig bekannte Verletzung am Streckapparat des Unterschenkels beschreibt Prof. Kolaczek (Breslau). Er ist erst seit ca. 10 Jahren auf diese eigenartige Verletzung des über der Kniescheibe gelegenen und mit der Vorderwand des präpatellaren Schleimbeutels innigst zusammenhängenden Abschnitts der Fascia lata aufmerksam geworden, nämlich auf eine Zerreissung derselben in querer Richtung, die ärztlicherseits oft mit unvollkommenen Fracturen der Kniescheibe verwechselt, mit Gypsverbänden behandelt wird. Die ziemlich seltene Verletzung wird meist durch einen Fall aufs Knie oder durch einen gegen die Kniescheibe gerichteten Stoss erzeugt; ausnahmsweise entsteht sie indirect bei einem anstrengenden Sprunge. Regelrechtes Gehen ist trotz dieser Verletzung möglich, verursacht aber einen mehr oder weniger intensiven Schmerz an der Kniescheibe; Arbeiter setzen manchmal ihre Arbeit wochenlang fort, bis es dann nicht mehr gehen will. Je nachdem die Verletzung früher oder später zur Beobachtung gelangt, findet sich eine nur leichte Anschwellung der präpatellaren Region oder auf den ersten Blick ein anscheinend normaler Sachverhalt. In jedem Falle aber erregt die Bewegung des mangelhaft functionirenden Beines im Kniegelenke eine schmerzhaft empfindung an der Kniescheibe, ebenso wie bei der Palpation der Fingerdruck an einer bestimmten Stelle derselben in quer-linearer Richtung eine Schmerzäusserung auslöst. Immer fühlt der in der Längsrichtung der Kniescheibe an ihrer Oberfläche tastende Finger gewöhnlich ziemlich in der Mitte einen deutlichen Querspalt von wenig mm Breite, dessen Ränder vor allem in frischen Fällen sich

scharf ausprägen. Durch Beugung der Extremität im Knie verbreitert sich der Spalt ein wenig, dabei ist die Streckfähigkeit des Gliedes vollständig erhalten, was Patellarbruch sofort ausschliessen lässt. Spontane Heilung erfolgt nicht; man muss den Fascienriss blosslegen, damit auch den Schleimbeutel, mittelst Längsschnittes und den Spalt vernähen, wodurch gleichzeitig auch die Continuität des Schleimbeutels wieder hergestellt wird. Heilung erfolgt in kurzer Zeit, womit die Beschwerden dauernd beseitigt sind.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1901 No. 22.)

- Die **Herstellung haltbarer Phosphor- (und anderer medicinischer) Oele** ist Dr. K. Dieterich (Chem. Fabrik Helfenberg) gelungen. Bekanntlich ist bisher die Haltbarkeit dieser Präparate eine sehr beschränkte gewesen, der Wirkungswerth deshalb schon nach kurzer Zeit ein illusorischer. Insbesondere war es der *Phosphor-leberthran* und das *Phosphoroel*, die schon nach kurzer Zeit in ihrem Gehalte an Phosphor zurückgingen, indem sich bei jedesmaligem Oeffnen der Flasche der Phosphor verflüchtigte und die eindringende Luft auch eine Oxydation des Phosphors begünstigte. Beides wird verhindert durch *Kohlensäure-Imprägnirung*. Solche mit Kohlensäure behandelte Präparate behielten, verschlossen aufbewahrt, über 6 Monate ihren Gehalt an Phosphor fast unverändert, während nicht so behandelte, ebenfalls verschlossen gehaltene sehr grossen Verlust (bis 50 %) erlitten. Aber auch offen gehaltene, aber mit Kohlensäure behandelte Präparate verloren fast nichts von ihrem Phosphor, nicht imprägnirte dagegen fast die Hälfte ihres Phosphorgehaltes.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 12.)

- Ueber **klinische Erfahrungen mit Eupyrin, Basicin, Rhizoma scopoliae carniolicae** referirt Dr. L. v. Kétly. *Eupyrin* empfiehlt er als sicher wirkendes, unschädliches *Antipyreticum* (in Oblaten pro dosi 1—2 g, pro die 4—6 g) besonders für acut fieberhafte Krankheiten, wie Typhus abdominalis; bei Phthisis wirkt Pyramidon besser. *Basicin*, ein sehr leicht lösliches, Chinin und Coffein enthaltendes Präparat bewährte sich als schmerzstillendes Mittel bei *Neuralgieen* (Trigeminus, Ischias) und bei

*Tabes*, wo es oft sogar das Morphium ersetzte. Dosis 0,5, pro die höchstens 3 g. Autor giebt es gern zusammen mit Citrophen ( $\overline{aa}$  0,5 pro dosi). *Rhizoma scopoliae carniolicae* wurde schon von Podack (1897) gegen das Zittern bei *Paralysis agitans* empfohlen. Es war auch für diese Fälle dem Autor von grossem Nutzen, zumal es (in Dosen von 0,3—0,4 pro die) jeder giftigen Eigenschaft bar ist.

(Orvosi Hetilap 1901 No. 48,50. — Ungar. med. Presse 1901 No. 36.)

## Bücherschau.

- Im Anschluss an Prof. Sommer's „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ hat dessen Assistent Dr. A. Alber jetzt einen **Atlas der Geisteskrankheiten** herausgegeben (Urban & Schwarzenberg, Wien — Berlin). Derselbe enthält 55 ganz vortrefflich ausgeführte Tafeln mit 110 Abbildungen und zu jeder Tafel (mit je 2 Abbildungen des gleichen Pat.) die entsprechende Krankengeschichte. Bieten schon letztere des Interessanten sehr viel, so bilden die Illustrationen dem Leser geradezu einen erhebenden Genuss und eine wahre Fundgrube der Belehrung. Das auch äusserlich prächtig ausgestattete Buch sei bestens empfohlen! — Im gleichen Verlage erschien: **Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Complicationen** von Prof. M. v. Zeissl. Der sehr erfahrene Autor, der auch über eine äusserst gewandte Feder verfügt, hat es verstanden, auf 120 Seiten den Stoff in übersichtlicher und prägnanter Weise zu erledigen. Es ist ein durch und durch modernes, für den Praktiker geschriebenes Buch, das er uns bietet, und der Arzt wird gut daran thun, aus ihm bei allen Fragen der Therapie des so verbreiteten Leidens Belehrung zu schöpfen.
- Von dem grossen Sammelwerke, das v. Leyden und Klemperer herausgeben (Urban & Schwarzenberg, Wien — Berlin): **Die deutsche Praxis am Eingange des 20. Jahrhunderts** sind die Lieferungen 22—39 erschienen, in denen folgende Vorträge enthalten sind:



Hoppe-Seyler, Dysenterie und Amöbenenteritis, Penzoldt, Lyssa, Jacob, Tetanus, Cornet, die Tuberculose als acute Infectiouskrankheit, v. Leyden, Pneumonie, Grawitz, Chlorose, Ehrlich u. Lazarus, die Anaemieen, Ebstein, Fettleibigkeit, Gicht, Gerhardt, Diabetes insipidus, Martius, Methodologie als Einleitung in die Lehre von den Herzkrankheiten, v. Schrötter, Arteriosklerose, Kisch, Herzbeschwerden der Fettleibigen, Stintzing, Pleuritis, Unverricht, Pneumothorax, Moeller, Behandlung Tuberculöser in geschlossenen Heilanstalten, Kraus, Neubildungen der Leber und Gallenwege, Neusser, Gallensteine, Nothnagel, Darmverschliessung, Edinger, Kopfschmerzen u. Migräne, Geigel, Gehirnhaemorrhagie u. Embolie, Bernhardt, Lähmungen der peripherischen Nerven, Escherich, Acute Verdauungsstörungen des Säuglingsalters, Kohts, Meningitis der Kinder u. Hydrocephalus, Henoch, Pneumonie der Kinder, Hoffa, Spinale u. cerebrale Kinderlähmungen, Gutzmann, Sprachstörungen des Kindesalters, v. Mikulicz, Narkose, Schleich, Locale Anaesthetie, König, Geschichte der Gelenktuberculose, Ledderhose, Unfallverletzungen, Schmidt-Rimpler, die wichtigsten Augenaffectionen, Sonnenburg, Appendicitis, Kehr, chirurg. Behandlung der Gallensteine, Gluck, Plastische Chirurgie, Jansen, Entzündungen des Mittelohrs, Urbantschitsch, Hörübungen. Man sieht: eine Reihe der glänzendsten Namen, jeder Autor an die richtige Stelle gesetzt, damit das Programm des Herausgebers aufs Würdigste durchgeführt werde. Das ist auch ausnahmslos gelungen, und wir werden nach Vollendung des Werkes stolz darauf sein können, ein solches zu besitzen, ein Werk, das dem Praktiker gewidmet ist von den Besten unter uns, ein Werk, zusammengesetzt aus Vorlesungen erster Autoritäten, die alle bemüht waren, ihre Kenntnisse und Erfahrungen so zum besten zu geben, dass diesselben dem prakt. Arzt für seine Praxis den grössten Nutzen schaffen.

- **Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose** ist ein jüngst erschienenenes (G. Thieme, Leipzig) Werk von Dr. P. Jacob u. Oberstabsarzt Dr. Pannwitz betitelt, dessen I. Band (Preis: M. 10.—), uns schon einen tiefen Einblick gewährt in das, was die Verfasser ge-

leistet haben. Und da muss man von vornherein sagen: Das Werk ist in höchstem Maasse beachtenswerth und eine äusserst glückliche Bereicherung unserer Litteratur. Unter Mitwirkung fast aller leitenden Aerzte der deutschen Lungenheilstätten und mit Unterstützung der daselbst weilenden Pat. haben die Verfasser die beiden grossen Fragen der modernen Tuberculoseforschung: Entstehung und Bekämpfung, in gründlichster Weise durchforscht und legen nun die Resultate ihrer Untersuchungen in einem Werke nieder, das zweifellos für die weitere Ausbaue der Prophylaxis von grundlegendem Werthe sein wird. Im I. Bande finden wir auf 370 S. einen reichhaltigen Stoff, in 2 Abschnitte zergliedert, muster-gütig klar und übersichtlich erörtert. Im 1. Abschnitt haben meist Tabellen über eine sehr grosse Zahl von Phthisikern aus Lungenheilstätten, Lebensversicherungsgesellschaften etc. Platz gefunden, während im 2. folgende Capitel bearbeitet sind: Heredität und Disposition in ihren Beziehungen zur Lungentuberculose; die Beziehungen zwischen Scrophulose und Lungentuberculose; die Entstehung der Tuberculose beim Menschen durch den Genuss tuberkelbacillenhaltiger Nahrung; die Entstehung und Uebertragung der Lungentuberculose in geschlossenen Räumlichkeiten; Ehe, Schwangerschaft und Lungentuberculose; die Beziehungen der Lungentuberculose zu anderen Krankheiten; die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Lungentuberculose; andere Ursachen für die Entstehung der Lungentuberculose.

- Das **Buch vom Impfen** von Dr. J. Bornträger (Verlag von Hartung & Sohn, Leipzig. Preis geb. M. 3,80) bringt in sehr übersichtlicher Form und klarer Diction alles, was von dieser Materie interessant und wissenswerth ist, also über Entstehung, Wesen, Bedeutung, Folgen und Nebenwirkungen der Impfung, die Bestimmungen und gerichtlichen Entscheidungen, eine Zusammenstellung dessen, was man bei der Ausführung des Vaccinirens berücksichtigen muss u. s. w. Das kleine Buch wird sich sicher viele Freunde erwerben. — In gleichem Verlage erschien: **Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie** von M. Fränkel (M. 1,80). Das Büchlein wird den Examenscandidaten, wenn es richtig angewandt wird, d. h. als kurzes Repetitorium

des bereits im Kopf Festsitzenden und richtig Verstandenen, gute Dienste leisten, aber auch nur dann, da sonst viele etwas unklar und nicht ganz präcis ausgedrückte Erklärungen nur Unheil stiften würden. Also erst in Cursen und Lehrbüchern den Stoff ordentlich beherrschen lernen und dann Fränkel's Vorlesungen vor dem Examen noch einmal durchnehmen, aber nicht letzteres allein!

- Durch den jüngst erschienenen Bd. 25: **Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche** von Privatdoc. Dr. G. Sultan (J. F. Lehmann, München. Preis: 10.—) hat die Collection „Lehmann's *Medicin. Handatlas*“ eine ausgezeichnete Bereicherung erfahren. Welch prächtige Tafeln und schwarze Figuren! Von ersteren finden wir in dem stattlichen Bande 36, von letzteren 83. Alle zeigen uns die in Betracht kommenden Verhältnisse, die externen wie internen, so klar und deutlich, so plastisch hervortretend, dass man die Patienten, die Präparate vor sich zu haben meint und die diagnostischen Eigenthümlichkeiten, die verschiedenen Situationen, denen man begegnen kann, das Operationsfeld u. s. w. in seltener Naturtreue vor sich hat. Wenn man bedenkt, welchen Nutzen dieser Atlas bei einem so ungemein wichtigen Capitel, bei einer Reihe von Leiden, die rasches und zielbewusstes Handeln seitens des Arztes unbedingt erfordern, zu schaffen berufen ist, können wir dem Autor und der Verlagshandlung nicht dankbar genug sein für die Herausgabe desselben. Auch der Text des Buches genügt allen Ansprüchen, die an ein solches für die tägliche Praxis bestimmtes Werk gestellt werden müssen, durchaus und ergänzt den illustrativen Theil aufs Beste.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**Mai**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Augenentzündungen.** Ichthargan bei entzündlichem Trachom empfiehlt Dr. W. Gortaloff auf Grund der Erfahrungen, die er damit als Leiter der Augenpoliklinik eines Infanterie-Regimentes gemacht hat. Pinselung mit 1%iger Lösung brachte meist schon am nächsten Tage Nachlass der Secretion und entzündlichen Erscheinungen, und bei Fortsetzung dieser Pinselungen trat sehr bald wesentliche Besserung ein.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 5.)

— Bemerkungen über die **Behandlung der eitrigen Augenentzündung der Neugeborenen** macht Prof. Silex (Berlin.) Bei der Therapie ist die *Spülwirkung* von grösster Wichtigkeit, da es bei Stagnation des Eiters zum Geschwür auf der Cornea kommt, die dem Gonokokkus gegenüber, wenn derselbe längere Zeit an einer Stelle

liegt, nicht mehr widerstandsfähig bleibt. Womit wir spülen, dürfte ziemlich gleichgültig sein, weil die tief-sitzenden Gonokokken ja doch kaum durch die Spül-flüssigkeit vernichtet werden, zumal auf der Conjunctiva mit ihren zahlreichen Falten und Krypten, in welche die Flüssigkeit überhaupt oft nicht eindringt, besonders nicht, wenn das Oberlid nicht ordentlich ektropionirt wird, und in der Uebergangsfalte, dem eigentlichen Krankheitsherd, zu dem die Flüssigkeit fast gar nicht gelangt. Wenn trotzdem mit den Burchardt'schen Spülungen (*Arg. nitr. 1:1000*) Erfolge erzielt werden (auch Autor hat solche zu verzeichnen), so ist es nicht das Argent., welches hilft, sondern die *Sauberkeit* und *Pflege* im Krankenhause (mit Kochsalz- oder Borlösung ist der Erfolg auch erreicht worden), sowie das geschulte Wärterpersonal. In der Privatpraxis ist darauf nicht zu rechnen. Ebenso wenig durchführbar sind hier die Eisumschläge, die auch keinen besonderen Nutzen bringen, ja direct contraindicirt sind bei der geringsten Erkrankung der Cornea. Gegen eine streng durchgeführte Spülbehandlung ist auch in der Privatpraxis nichts einzuwenden; die Lider werden hin und her bewegt, wobei man aus einer Undine oder einem in die Flüssigkeit getauchten Wattebausch die Flüssigkeit in den Conjunctivalsack laufen lässt. In einer Reihe von Fällen wird die Secretion nach 2—3 Tagen geringer, nach 5—10 Tagen ist meist völlige Heilung erzielt. Es sind dies die nicht auf Gonokokken beruhenden A. Bei den specifischen geht es ja bei ambulatorischer Behandlung bisweilen auch besser, es kommt zur Heilung; in recht vielen Fällen aber wird die Secretion profuser und die Veränderungen an der Conjunctiva treten mehr und mehr hervor. Derjenige, der die Lider gut zu ektropioniren versteht, sodass die Uebergangsfalte deutlich herausgepresst wird, wird am meisten erreichen mit *Pin selungen mit Arg. nitr. (2%)* und nachfolgender Chlornatriumneutralisirung. Alles was sonst im Laufe der Jahre als besser empfohlen wurde, erwies sich als minderwerthig. Die Aetzungen macht aber Autor nicht sofort, wenn die Diagnose gestellt ist; da wird erst gespült, gepinselt erst dann, wenn die floriden entzündlichen Erscheinungen vorüber sind und das Stadium der rahmigen Secretion beginnt.

Lässt die Eiterung nach, so pinselt man mit *Argent. nitr.* (1 %) und *instillirt* dann einfach *Argent. nitr.*  $\frac{1}{4}$  % oder *Zinc. soxojodol.*  $\frac{1}{4}$  %, welche Instillationen ca. 14 Tage nach Beseitigung der Secretion, wenn auch nur 1 mal täglich fortzusetzen sind. Für den im Ektropioniren nicht Geübten bedeutete die Einführung des *Protargol* einen Fortschritt, dem man nachrühmte, dass es bei geringerer Aetzwirkung und relativer Schmerzlosigkeit weiter in die Tiefe ginge und hier die Gonokokken vernichte; wenn auch der Enthusiasmus sich bald legte, so hat doch auch Autor das Protargol in 10 % iger Lösung in einer recht grossen Reihe von Blennorrhoeen benützt und war mit seiner Wirkung zufrieden. Er empfiehlt also jetzt folgende Behandlung: Abgesehen von hygienisch-diaetetischen Maassnahmen Spülbehandlung mit Sublimat (1 : 1000) oder *Argent.* (1 : 1000) oder *Hydr. oxycyanat.* (1 : 1000) 6—10 mal am Tage. Lässt die Eiterung nicht wesentlich nach, dann etwa vom 4. Tage ab ausserdem 6 mal tägl. Protargol (10 %). Allmählig weniger häufige Instillation. Zum Schluss 1 mal tägl. *Arg. nitr.* ( $\frac{1}{4}$  %) oder *Zinc. soxojodol.* ( $\frac{1}{4}$  %). Gehtes mit der Secretion trotzdem nicht nach Wunsch oder zeigt sich die Hornhaut bei profuser Secretion irgendwie ergriffen, dann Pinselungen mit *Argent.* (2 %). Kommt es zu einem Hornhautgeschwür oder wird das Kind gleich mit einem solchen präsentirt, so pinselt Autor sofort, wenn keine Gefahr für Perforation besteht. Bei tiefem Ulcus ist davon Abstand zu nehmen; die Instillationen sind fortzusetzen, event. mit *Argent.*  $\frac{1}{4}$  % 4 mal tägl. zu vertauschen, event. Atropin daneben zu instilliren. Bei peripherem Sitz leistet manchmal Eserin (1 %) gute Dienste. Bisweilen ist das Auge nur durch Kauterisation zu retten.

(Die Heilkunde, Januar 1902.)

**Blutungen.** *Stypticin* als *locales Haemostaticum* rühmt Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.). Besonders werthvoll zeigte es sich bei *B. nach Bougirung der Urethra* (und Dilatation derselben), wo prompte Blutstillung erzielt wurde durch folgende Urethralstäbchen:

Rp. *Stypticin.* 0,03—0,04  
*Gelatin.* 1,5  
*M. f. bacill. urethr. longit.* cm 10,  
*crassit.* mm 4.

22\*

Aufs Orificium und die Glans penis wird dann Watte gelegt, die mittelst eines Gummibändchens oder Condoms befestigt wird, und so wurde der umständliche und keineswegs sehr wirksame Compressionsverband nicht mehr gebraucht. Sehr nützliche Dienste leistete Stypticin ferner zur *Blutstillung nach Exstirpation kleiner Hautgeschwülste*, wie *Warzen*, vor allem der *Condylomata acuminata*, sowie bei blutenden Geschwüren. Desgleichen bei *Phimosen*-Operationen zur Stillung der kleinen parenchymatösen B., wie sie bei Loslösung von Verwachsungen des inneren Praeputialblattes mit der Glans entstehen; hier wurde 30%ige Watte (resp. Gaze) benützt. Wir besitzen also in Stypticin ein ausgezeichnetes Mittel, das wegen seiner ausschliesslich auf die blutenden Stellen sich erstreckenden und absolut nicht ätzenden Wirkung für die dermaturologische Praxis der Empfehlung werth ist.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34. No. 4.)

- **Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberculose** zeigte ein Pat. von Oberstabsarzt Dr. Gossner (Brandenburg a. H.). Der Soldat bekam während der Entwicklung einer *traumatischen Hodentuberculose* wiederholt Purpura, und diese Neigung zu Hautblutungen, die vor Ausbruch der Hodentuberculose nicht bestanden, hörte erst nach der Castration auf. Bei letzterer zeigten sich mehrere kleine, im Nebenhoden ein grosser käsiger Herd; die Lungen wurden bei der Untersuchung stets frei gefunden, also stand zweifellos die Purpura in Zusammenhang mit der Hodentuberculose. Bisher wurde die haemorrhagische Diathese in Abhängigkeit gebracht von der Resorption von Toxinen aus plötzlich zerfallenen tuberculösen Herden und deren Ausscheidung aus dem Körper; auch in obigem Falle boten die mehrfach sich schnell entwickelnden und zerfallenden Herde dieselben Bedingungen, und hörten eben nach Beseitigung des tuberculösen Gewebes auch die B. auf. Bei den mehrfachen Purpuraausbrüchen schien auch das jedesmalige Aufstehen des Pat. eine günstige Gelegenheitsursache zu bieten, insofern dadurch vielleicht die Gefässwandungen erheblicher belastet resp. alterirt wurden. Im Allgemeinen bildet derartige Neigung zu B. bei Tuberculose

ein ernstes Zeichen; bei obigem Pat. präsentirte sie sich als ziemlich harmlose Erscheinung. Immerhin lehrt auch der Fall, dass das plötzliche Auftreten von Purpura haemorrhagica bei vorhandenen chronisch-entzündeten Organen dem Verdacht der tuberculösen Natur Nahrung giebt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 11.)

**Chorea. 2 Fälle von Ch. chronica progressiva** stellt Prof.

Dr. Westphal vor. Bei dem *ersten* handelt es sich um eine 30jähr. Pat., welche an Ch. hereditaria (Huntington'scher Ch.) leidet. Ihr Vater im vorgeschrittenen Alter ebenfalls an Ch. erkrankt und an diesem Leiden gestorben. Die Mutter, 2 Geschwister und die beiden Kinder der Pat. gesund. Sie erkrankte nach der Geburt des jüngsten Kindes vor 5 Jahren im Wochenbett, welches normal und fieberlos verlief, an Ch. Die Zuckungen, anfangs gering, haben mit den Jahren an Intensität erheblich zugenommen, betreffen jetzt die gesammte willkürliche Musculatur, Gang unsicher, schlüpfend, durch schleudernde Bewegungen gestört. Beim Sprechen giebt Pat. eigenthümliche schnalzende Laute von sich, im übrigen zeigt die Sprache die leichtere Form der „choreatischen“ Störung. Obgleich bei intendirten Bewegungen die Intensität der choreatischen Bewegungen nachlässt, werden complicirtere Bewegungen, wie An- und Ausziehen, nur sehr mühsam und unter grossem Zeitverlust ausgeführt. Mit Ausnahme einer Steigerung der Kniephaenomene ergiebt die körperliche Untersuchung nichts Abnormes. Die Krankheit begann mit grosser Reizbarkeit und heftigen Wuthanfällen, in denen Pat. ihre Mutter mit dem Messer bedrohte, dem jüngsten Kinde den Hals abzuschneiden, es zu ertränken drohte. Während die Störungen der affectiven Sphäre allmählig zurückgingen, bildete sich die für die hereditäre Ch. charakteristische Geistesstörung, *fortschreitende intellektuelle Schwäche*, immer deutlicher aus. Pat. bietet zur Zeit das Bild stark vorgeschrittener Demenz dar, sie ist zeitlich unorientirt, kennt nicht mehr das Alphabet u. s. w. Es besteht ein grosser Unterschied im Wesen und Verlauf zwischen den bei dieser Form der Ch. vorkommend



psychischen Störungen und den bei der Ch. minor zu beobachtenden Psychosen. Für erstere ist in der Mehrzahl der Fälle fortschreitende intellectuelle Schwäche charakteristisch, während die Psychosen bei Ch. minor in der Regel wie Intoxicationsdelirien unter dem Bilde der hallucinatorischen Verwirrtheit verlaufen. Störungen der affectiven Sphäre spielen bei beiden eine wichtige Rolle. In obigem Falle ist besonders bemerkenswerth, dass *bei bestehender Heredität das Wochenbett die Gelegenheitsursache* gegeben hat. Der *zweite* Pat., ein 41jähr. Maurer, bietet ein noch schwereres Bild der choreatischen Erkrankung dar. Auch hier handelt es sich um ein chronisch progressives Leiden. Dasselbe hat sich hier nicht auf dem Boden der Heredität (nach den genauesten Erhebungen sind auch andere nervöse Affectionen in der Familie nicht dagewesen) entwickelt, es ist vor 14 Jahren (1887) in Anschluss an ein schweres *Trauma* entstanden. Pat. stürzte 3 Stock hoch von einem Gerüst herunter, zog sich Verletzungen am Kopf und Kreuzbein zu, aber keine Fractur. Bald nach der Entlassung aus dem Krankenhaus stellten sich die ersten choreatischen Bewegungen ein, um sich zu der jetzt bestehenden schweren Bewegungsstörung zu entwickeln. Sämmtliche Muskelgruppen nehmen an der choreatischen Unruhe theil, mit dem Rumpfe macht Pat. groteske Bewegungen, die mitunter an tiefe Verbeugungen erinnern. Gang stampfend, breitbeinig, nicht ohne Stützen möglich. Sprache erscheint als kaum verständliches Lallen. Bei diesem Pat. tritt die von allen Autoren hervorgehobene Erscheinung deutlich hervor, dass die Bewegungen der chron. degenerativen Ch. bei gewollten Bewegungen nachlassen oder ganz aufhören. Pat. kann also allein essen, trinken, auch hören die Bewegungen beim Liegen im Bett fast völlig auf. Auch Autor sieht mit Jolly in dieser Möglichkeit, die Bewegungen zeitweilig zu beherrschen, keinen principiellen Gegensatz zu der Bewegungsstörung bei Ch. minor, sondern schliesst sich dessen Ansicht an „dass die Kranken bei der chron. Form sich mehr Uebung aneignen, die günstigen körperlichen und seelischen Bedingungen zur Ausführung unbeeinflusster Bewegungen herzustellen und so die unwillkürlichen Zuckungen zu compensiren“. Lebhaftste Steigerung der Kniephaenomene.

r

kein Fussclonus. Herzbefund normal. Psychisch: hochgradige Gedächtniss- und Intelligenzdefecte; Pat. bietet das Bild des apathischen Blödsinns dar. Es gehört der Fall zu den nicht häufigen sporadischen Fällen von Ch. chronica progressiva, welche sich im Uebrigen von der hereditären Form nicht unterscheiden. Interessant ist hier die Entstehung nach Trauma, indem auch Oppenheim „die chron. Form der Ch. bei Erwachsenen einige Male im Anschluss an ein Trauma hat entstehen sehen.“

(Med. Verein zu Greifswald 24. X. 1901. —  
Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 4.)

**Dermatitis.** Die *Dermatitis serpiginosa* ist nach Dr. R. Gersuny eine alltägliche Erkrankung, und doch scheint sie nicht genug bekannt, besonders in Bezug auf ihre Behandlung. Die Entstehung sieht man nur gelegentlich. Es entwickelt sich ein kleines Bläschen, das nach 2—3 Tagen platzt, und die rosige, noch etwas feuchte Epidermis liegt bloss. In den nächsten Tagen entsteht ein schmaler gelber Saum um die blossliegende Stelle, die allmähig überhäutet; die Ueberhäutung schreitet gegen die Peripherie fort, aber der gelbliche, etwas erhabene Saum schiebt sich in Form von Kreisbögen immer weiter fort. Unter der Cutis, die den gelblichen Saum bedeckt, sieht man die Haut roth, wie feinkörnig granulirend; aber der erwähnte gelbe Saum wird immer grösser, der Process kriecht in Kreisbogen immer weiter, man sieht, wenn man die Epidermis zurückschlägt, kleine Unebenheiten fast wie granulirend, und es hat den Anschein, als ob der ganze Process im Rete Malpighi abläuft. Die Krankheit heilt ohne Narbe und sozusagen momentan, wenn man sie richtig behandelt. Uebergelegte trockene Verbandstoffe helfen nicht; das beste Mittel ist, die den Saum bedeckende Epidermis mit einer feinen Scheere abzutragen; wenn man dann die feuchte Stelle mit Lapislösung bestreicht, ist das Leiden am folgenden Tage geheilt. Die Lapislösung braucht nicht genau dosirt zu sein; ein feuchtes Wattebäuschchen, mit dem Lapisstift überstrichen, ist genügend. Autor wurde mal zu einem vermeintlich schweren Erysipelkranken geholt, der aber einfach an *D. serpiginosa* litt: der ganze Unterschenkel dunkel-

roth; hie und da Process ausgeheilt, dann waren wieder an anderen Stellen Bläschen aufgeschossen, der Process begann wieder an schon geheilten Stellen u. s. w. Autor liess das Bein energisch abwaschen und ätzte die Grenzparthieen mit Lapislösung, damit war das Leiden geheilt. Bei solchen Fällen wird man vielleicht ohne sorgfältige Abtragung der Epidermis bloss mit Umschlägen mit rectificirtem Alkohol Heilung erzielen; die Austrocknung der Gewebe durch den Alkohol könnte allein genügen. Ueberhaupt verdient der Alkohol ausgedehntere Verwendung. Bei *Intertrigo* z. B., wie er unterhalb der Mammae sich so oft zeigt, genügen Waschungen damit zur Heilung.

(Wiener med. Doctoren-Collegium 2. XII. 1901. —  
Wiener med. Presse 1902 No. 1.)

**Furunkel** behandelt Dr. R. Gersuny folgendermaassen: Schon wenn der F. im ersten Beginn noch ein minimales, mohnkorngrosses gelbes Bläschen mit einem Haar in der Mitte ist, dann muss man, um die weitere Entwicklung zu verhüten, radical eingreifen. Autor macht es seit Jahren so, dass er solche Bläschen mit einem zugespitzten Holzstäbchen, das in rauchende Salpetersäure getaucht war, verätzt. Man hat dadurch die Annehmlichkeit, dass nach der Procedur, die wohl einen Moment wehthut wie ein Nadelstich, jede unangenehme Empfindung schwindet; es entsteht ein brauner Punkt, in einigen Tagen stösst sich der Schorf ab, die Stelle ist schon mit Epidermis bedeckt. Geht man aber nicht so vor, so ist nach 1—2 Tagen die Cutis bereits etwas erhoben, man tastet bald in der Mitte eine Härte, und wenn man jetzt durchschneidet, sieht man mitten im entzündeten Gewebe einen dünnen grauen oder graugrünen Cylinder von nekrotischem Gewebe, der bis ins subcutane Gewebe reicht. Hier breitet sich die Nekrose dann weiter aus, es entsteht hier ein rundlicher Pfropf von abgestorbenem Gewebe, der später ausgestossen wird. Wenn man schon im 2. Stadium energisch eingreift, kann man zuweilen eine Art prima intentio erzielen, d. h. Heilung ohne Eiterung. Unter localer Anaesthesie sticht man mit spitzem Scalpell in der Mitte des gelben Punktes in die Tiefe bis ins subcutane Gewebe, geht dann mit dem scharfen Löffel in die

Stichwunde ein und reisst dreist das in Nekrose begriffene Gewebe heraus. Es entsteht eine kleine cylindrische Höhle, die man mit Dermatol oder einem anderen Antisepticum ausfüllt; die kleine Wunde lässt man offen oder deckt sie für 1—2 Tage mit Zinkpflaster, und die Sache ist abgethan. Ist der F. schon reif, dann braucht man kein Scalpell, macht vielmehr Einstich und Evidement mit dem Löffel, die Wunde stopft man am besten nicht aus, lässt auch nicht Umschläge machen, durch die der Eiter erst künstlich in die Umgebung verschmiert wird, sodass der F. überall „Junge bekommt“, sondern behandelt trocken. Die sogen. *Furunculose* entsteht meist auf diese Weise. Solchen Pat. aber, bei denen wirklich immer neue F. auftreten, ist dringend zu empfehlen, schon die geringste Andeutung einer neuen Infection dem Arzte zu zeigen: wenn man im Beginn in jedes Knötchen gleich mit dem Scalpell einsticht und den scharfen Löffel anwendet oder die Stelle mit dem Galvanokauter verätzt, so ist man mit der Furunculose bald ganz fertig. Auch beim *Carbunkel* zuzuwarten, ist nicht zweckmässig, man soll vielmehr auch hier den Process zu coupiren suchen. Der Grund des Weiterkriechens desselben in den Geweben ist wohl der, dass die wuchernden Kokken unter einem gewissen Drucke (der Spannung der Haut) stehen. Wenn man durch frühzeitige und ausgiebige Incision diesen Druck beseitigt, steht der Process still, und das schon Nekrotische stösst sich aus. Seit Jahren operirt Autor so, dass die Incisionen den Carbunkel radiär durchsetzen; sie reichen von der Peripherie bis ins Gesunde, treffen aber in der Mitte nicht zusammen, dort bleibt die Haut unverletzt, die Schnitte verlaufen wie die Speichen eines Rades. Autor macht die Schnitte, indem er mit einem spitzen Messer in entsprechender Richtung einsticht und dann von innen nach aussen schneidet; man durchtrennt auf diese Weise leichter das harte Gewebe, als wenn man von der Oberfläche in die Tiefe schneidet. Dann geht man mit einem scharfen Löffel von den verschiedenen Incisionen ein, zerwühlt das ganze kranke Gewebe und reisst möglichst viel davon heraus. Durch jeden Schnitt führt man nun Gazestreifen ein und verbindet das Ganze (trocken oder feucht). Der Verband bleibt mehrere

Tage liegen: wenn man dann die Gaze herausnimmt, wird man hie und da noch an einigen Stellen etwas Nekrotisches sehen. Man hält die Schnitte klaffend, aber nicht dadurch, dass man etwa wieder Gaze einführt, die durch ihre Rauigkeit Schmerzen macht und sich mit den Granulationen verfilzt, sondern man verwendet besser Streifen von Guttaperchapapier, dabei kommt öfter in der Mitte gar keine Oeffnung zu Stande, die Schnitte heilen bald zu. Bei *Furunculose der Kinder* rath Autor, auf einmal sämtliche Abscesse zu öffnen. Man fasst jedes dieser Knötchen in eine Hautfalte und sticht mit dem spitzen Scalpell ein; es kommt dann ein Tropfen dicken Eiters heraus. Bei vielen solchen Einstichen wird zwar das Kind, das ja schon schwach und angegriffen war, in beunruhigendem Grade anaemisch, aber man darf sich nicht abschrecken lassen, denn nur so erhält man es am Leben. In den nächsten Tagen schon erholt sich der kleine Pat. Ein Verband wird nicht gemacht, das Kind erhält seine gewöhnliche Kleidung, wird gebadet, und man hat bei späterer Untersuchung höchstens noch vereinzelte, früher übersehenen Abscesse zu eröffnen. Wie beim F. ist auch beim *Panaritium* frühzeitiges Eingreifen zu empfehlen. Man kann so oft die Entwicklung von Panaritionen verhindern, freilich meist nur bei sich selbst. Man fühlt z. B. an einem Finger eine leichte Schmerzhaftigkeit: wenn man an der Stelle, wo man kaum etwas Abnormes sieht und nur bei Druck etwas Schmerz empfindet, die Epidermis schichtweise mit scharfem Messer abträgt, so findet man in der Tiefe eine kleine Höhle mit einem Tröpfchen Serum. Wenn man mit der Scheere die überhängenden Ränder der deckenden Epidermis abträgt, so entsteht ein mohnkorngrosses Loch; wenn man dann die Fingerbeere fest zusammendrückt, kommt aus dem oedematösen Gewebe Serum, anfangs haemorrhagisch, dann klar; und wenn man dies öfters und 2 Tage lang fortgesetzt thut, ist das Ganze erledigt, der Process coupirt. Wenn dies Anfangsstadium versäumt ist, soll man incidiren, je früher, desto besser für den Pat. Nach frühzeitiger Incision sah Autor nie Nekrose der Phalanx eintreten, nie den Process sich weiter ausbreiten.

(Wiener med. Doctoren-Collegium. 2. XII. 1901 —  
Wiener med. Presse 1902 No. 1.)

**Gonorrhoe.** Chinolinwismuthrhodanat (*Crurin*), das von Edinger für andere Zwecke bestimmte Mittel, versuchte Prof. E. Jacobi (Hautklinik Freiburg i. B.) in der Voraussetzung, es hier mit einem zugleich Gonokokken tödtenden und adstringirenden Mittel zu thun zu haben, bei G. Seine Hoffnungen erfüllten sich, das Präparat erwies sich in der That, wenn auch nicht als Allheilmittel, so doch als recht gutes Hülfsmittel zur Behandlung der G. Man verordnet das Präparat\*) folgendermaassen:

Rp. Crurin. 1,0  
 Contere c.  
 Aq. dest.  
 Glycerin. aa 5,0  
 adde paulatim  
 Aq. dest. q. s. ad 200,0  
 S. Vor dem Gebrauch kräftig durchschütteln!

Darin ist das Präparat in ausserordentlich feiner und gleichmässiger Vertheilung enthalten, wovon die Wirkung zum grossen Theil abhängt. Diese  $\frac{1}{2}\%$ ige Suspension wird auch in frischen und recht acuten Fällen reactionslos vertragen und irritirt oft noch weniger, als  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$ ige Protargollösung. Nur selten wird es nöthig, bis zur Concentration von  $1\%$  zu steigen. In den meisten frischen Fällen gelang es, durch 2—3 etwa 3—5 •Minuten dauernde Injectionen der  $1\%$ igen Suspension sowohl die Gonokokken, als auch die Secretion in verhältnissmässig kurzer Zeit zum Verschwinden zu bringen, meist beides gleichzeitig, oft nach 10—20 Tagen, bisweilen früher oder später, nachdem die eitrige Secretion sich sehr schnell in eine seröse umgewandelt hat; nur sehr selten liessen sich nach dem Schwinden der Eiterung Gonokokken noch in den Filamenten nachweisen. Schwinden die Gonokokken mal nicht so rasch, so empfiehlt es sich, neben diesen Injectionen (dann aber nur 2 täglich!) noch 1—2 Protargolinjectionen pro die zu machen. Auch in den Fällen von chron. G., speciell in solchen, wo noch Gonokokken vorhanden waren, bewährte sich Crurin sehr gut. Selbstverständlich

\*) Dargestellt von L. W. Gans, Frankfurt a. M. Das gewöhnliche „Crurin“ enthält Stärke, eignet sich nicht für G. Die Firma stellte dem Autor *stärkefreies* Crurin zur Verfügung, das wohl auch bald im Handel zu haben sein dürfte.

wird man in derartigen Fällen, ebenso wie bei acuter G., jedesmal den Sitz der Erkrankung feststellen und dementsprechend die Behandlung zu modificiren haben; man wird bei Urethritis poster. in acuten Fällen Durchspülungen der ganzen Harnröhre, in weniger acuten auch Instillationen neben den Injectionen anwenden. Autor hat allerdings in einer Reihe von Fällen von Urethritis poster. lediglich mit Crurininjectionen mittelst Tripperspritze und interner Behandlung mit Urotropin, Natr. benzoic. oder Decoct. fol. uv. ursi Heilung erzielt. Wichtig bei der Behandlung jeder G. ist, dass die Injectionen auch über das Verschwinden der Gonokokken und Secretion hinaus noch längere Zeit fortgesetzt werden. Selbst wenn kein Morgentropfen mehr vorhanden, lässt Autor doch mindestens noch 8—10 Tage 2—3 Injectionen täglich machen, von da an die Zahl allmählig verringernd. Die Vorzüge des Crurins sind also die, dass es, ohne zu irritiren, kräftig gonokokkentödtende Wirkung besitzt, dabei von vornherein stark secretionsbeschränkend wirkt; der Verlauf der Fälle war abgekürzt, auffallend milde, Complicationen selten, die Pat. waren durch die kurzen Injectionen nur geringe Zeit in Anspruch genommen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901 No. 52.)

- **Ichthargan** wandte Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) bei 140 Fällen von G. in den verschiedensten Stadien an. Bei frischer G. wurde eine Lösung von 0,05 : 200,0 mehrmals täglich (womöglich 3 stündlich) mittelst Tripperspritze injicirt und immer bis 10 Minuten in der Harnröhre belassen. Sie wurde fast stets gut vertragen. Dann wurde auf 0,06—0,075—0,1 : 200,0 gestiegen. Konnten die Pat. täglich erscheinen, so machte Autor Janet'sche Spülungen (erst 0,25 : 1000,0, dann stärker, bis 1,5 : 1000,0). Baldiges Nachlassen der Secretion und Schmerzen, auffallend rasches Verschwinden der Gonokokken. Bei Bethoiligung der Urethra poster. Spülungen mit Nélatonkatheter. Waren Instillationen nöthig, so verwandte Autor  $\frac{1}{2}$ —5 %ige Lösung. Stets erwies sich Ichthargan als reizlos, es verursachte selbst in 5 %iger Lösung keine Schmerzen! Meist konnte die Behandlung mit Ichthargan zu Ende geführt werden, selten waren zum Schluss noch andere Mittel erforder-

lich. — Auch Dr. Goldberg (Wildungen) rühmt Ichthargan als sehr gutes Antigonorrhoeicum, das sich auch durch Billigkeit (0,1 : 200,0 = 60 Pf.) auszeichnet.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 3.)

- Ueber **Vulvovaginitis infantum** lässt sich Privatdoc. Dr. A. Buschke (Lesser'sche Klinik Berlin) aus, gestützt auf 50 Krankheitsfälle. *Therapeutisch* wurde so verfahren, dass zunächst, wenn sehr heftige äussere Entzündungs- und Reizerscheinungen vorhanden, diese mit Ruhe, feuchten Umschlägen von essigsaurer Thonerde, Zinkpuder, Salben behandelt wurden, worauf man erst mit der Localbehandlung begann. Diese bestand in 1 mal täglichen Vaginalspülungen mit lauwärmer Protargollösung ( $\frac{1}{2}$ —1%) mittelst in die Vagina eingeführten Nélatonkatheters. Ausserdem event. zu Hause 5—6 mal täglich mit derselben Lösung Ausspritzung mittelst gewöhnlicher Tripperspritze oder (was bequemer ist, freilich nicht so wirksam) Einführung von Suppositorien von Argonin (1—3%), Protargol (1—2%), Argentamin (1—2%). Die Urethra lässt sich bei kleinen Kindern nur schwer behandeln; man könnte Urethralstäbchen mit denselben Medicamenten einführen, doch reizen dieselben meist, ebenso wie injicirte Flüssigkeiten. Aber die Urethritis heilt viel leichter spontan aus, als die Vaginitis, und man kommt meist ohne Localbehandlung aus. *Aetiologisch* ergab sich aus den Beobachtungen, dass die klinischen Erscheinungen nicht ohne Weiteres ein Urtheil auf die infectiöse Natur des Leidens gestatten. In einzelnen Fällen waren trotz eifrigsten Suchens im eitrigen Secret Gonokokken nicht zu finden. Nun wissen wir ja, dass der negative Gonokokkenbefund nicht ohne Weiteres beweisend ist. Ausserdem steht es fest, dass besonders bei anaemischen, scrophulösen Mädchen und dann in Folge äusserer Reize blande, nicht infectiöse Vaginalkatarrhe vorkommen. Die Erfahrungen lehrten Autor, dass ein Theil dieser Katarrhe aber Residuen einer wirklich infectiösen Vulvovaginitis sind. Jedenfalls kann nur das Mikroskop den sicheren Beweis bringen, dass man es mit G. zu thun hat, was in der grössten Zahl der Fälle zutrifft; während wir bei negativem Ausfall häufiger mikroskopischer Untersuchungen, wenn auch nicht mit Sicherheit, so doch



mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit werden sagen können, dass nur einfache katarrhalische Vaginitis vorliegt, zumal wenn bei blosser adstringirender Behandlung das Leiden sich schneller bessert, als es bei der infectiösen Form der Fall zu sein pflegt (allerdings kann auch die katarrhalische Form ziemlich lange dauern). Wichtig ist die mikroskopische Untersuchung besonders für forensische Fälle. Es ist aus diesem Grunde zu empfehlen, in jedem Falle durch die mikroskopische Untersuchung die infectiöse Natur des Leidens festzustellen, womöglich durch die Gram'sche Untersuchung die Diagnose zu fixiren und besonders in den Fällen, in welchen schon die Anamnese darauf hingeleitet, dass event. ein gerichtliches Verfahren einleitet werden könnte, sich dieses Präparat als Test-object aufzuheben; denn es hängt doch gelegentlich hiervon die Existenz eines Menschen ab, auch ist es beschämend, wenn infolge der Oberflächlichkeit der Untersuchung die Natur des Leidens nicht so sicher gestellt ist, dass der Richter die Angaben des Arztes als Basis für die Beurtheilung eines event. Verbrechens ansehen kann. Stuprum ergab sich in 7 Fällen als Ursache des Leidens. Es empfiehlt sich, jedes Kind gleich bei der 1. Untersuchung darauf hin sich anzusehen, namentlich nach Verletzungen des Hymens zu forschen, damit nach dieser Richtung hin alle nöthigen Daten vorhanden sind. Dass nicht immer bei Stuprum Verletzung des Hymens vorhanden ist, lehrte eine Beobachtung, wo lediglich sich eine Erweiterung vorfand. Zu der Häufigkeit der durch Stuprum entstandenen Vulvovaginitis mag wohl auch der im Volke existirende Aberglaube beitragen, dass eine frische G. durch sexuellen Verkehr mit einem Kinde heilt. Eine hervorragende Gelegenheitsursache bilden auch gonorrhöische Erkrankungen der Eltern, besonders der Mutter; durch Zusammenschlafen, Bettwäsche, Badewasser, Schwämme etc. wird die Uebertragung übermittelt. Auch durch Zusammensein, Spielen mit erkrankten Kindern, durch die Schule findet eine solche statt, und es dürfte durchaus nöthig sein, wenigstens in der ersten Zeit der Krankheit, bei profuser Secretion, das Kind vom Schulunterrichte fern zu halten. *Prognostisch* wird die Affection in Bezug auf die Dauer meist zu günstig be-

urtheilt. Selbst unter ununterbrochener und regulärer Behandlung vergehen Monate bis zur Heilung; Recidive nach scheinbarer Heilung gehören zu den häufigsten Ereignissen. Eine ganze Anzahl von obigen Pat. war mehrere Tage krank. Bei einem solchen in einer Anzahl von Fällen über Jahre sich hinziehenden Leiden muss man es in Erwägung ziehen, inwieweit gelegentlich wenigstens in einzelnen Fällen es chronisch werden kann, und weiter, inwieweit die Infectiosität weiter bestehen und sich vielleicht bis in das geschlechtsfähige Alter hinein erstrecken kann trotz Verringerung der klinischen Erscheinungen, die für die Beurtheilung der Infectiosität ja nicht maassgebend sind. Es geht zwar Infectiosität und Intensität der klinischen Symptome meist Hand in Hand, aber gelegentlich findet man doch noch Gonokokken, wo anscheinend schon Heilung eingetreten ist. Autor hat einen Theil der Pat., soweit dies sich erreichen liess, noch Jahre lang beobachtet, und gesehen, dass die Heilung von Dauer war, doch sind diese Nachprüfungen nicht umfangreich genug, um sichere Daten zu gewinnen.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1902.)

**Hyperidrosis.** Lysoform-Dermosapol (2 %) empfiehlt Dr. Rohden (Lippspringe) sowohl für *localisirte H.*, als auch bei den *Nachtschweissen der Phthisiker*. Man lässt den Schaum der Seife 3—4 mal täglich in die Haut eintrocknen und wäscht ihn nach 1—2 Stunden mit Spir. rectif. oder Eau de Cologne ab (nöthig ist dies nicht). Handschuhe sind nach der Einschäumung nicht nöthig, die Füße und Achseln bedeckt man mit leinenem Lappen. Bei allgemeiner H. der Phthisiker seift man Abends rasch Brust, Bauch und Rücken ein und schliesst daran eine Abwaschung mit Franzbranntwein oder Formalinspiritus. Die „Hautschutzseife“ (man kann sie ihrer antiseptischen Wirkung wegen auch in der Krankenpflege, als Schutz gegen Infectionen benutzen) ist reizlos und wohlriechend.\*)

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 47.)

— **Tannoform** wandte Oberarzt Dr. Grumme (Meiningen) bei einer Anzahl Mannschaften an, die an besonders hoch-

\*) Hergestellt von G. Wegener, Lippspringe.

gradigen Schweissfüssen litten. Er liess reines Tannoform ausgiebig in die Strümpfe oder Fusslappen streuen, welche die Leute auf den frisch gereinigten Fuss anlegten und 24 Stunden anbehielten. Erfolg in allen Fällen ohne Ausnahme ausserordentlich gut: alle Haut, welche mit dem Tannoform in Berührung gestanden hatte, war dunkelbraun gefärbt und die Schweissabsonderung derselben völlig beseitigt. In einiger Zeit ging die Braunfärbung zurück, und nach 3—4 Wochen setzte die Schweissabsonderung wieder ein, sodass abermaliges Einstreuen von Tannoform erforderlich wurde. Irgendwelche schädliche Nebenwirkungen traten nie auf. Da Tannoform noch theuer ist (10 g = 55 Pf.), versuchte Autor eine Mischung von 1:2 Talk. Aber die Wirkung derselben war nicht so intensiv und nicht von gleich langer Dauer, wie bei unverdünntem Tannoform; nach 8—14 Tagen Wiederholung der Procedur nothwendig. Mit Tannoformsalbe (10 %) und Tannoformlösungen wurden keine Erfolge erzielt. Tannoformflecke lassen sich aus der Wäsche entfernen durch eine Ammonium- oder Kaliumpersulfatlösung.

(Deutsche Militärärztl. Zeitschrift 1901 No. 12.)

**Hysterie.** Ueber hysterische Skoliose spricht Prof. Binswanger, folgenden Fall vorstellend: 21 jähr. Kaufmann, geistig mässig beanlagt, angeblich seit 3 Jahren nervös. Trat October 1900 bei Militär als Einjähriger ein. Januar 1901 stürzte er beim Exerciren aufs Gesäss, konnte aber weiter exerciren, wenn auch unter Schmerzen. Letztere hielten in der Folgezeit an, doch konnte er Dienst thun. Im März wegen Lungenentzündung ins Lazareth. Im Anschluss daran Schmerzen im rechten Bein, Pat. blieb wegen Ischias in Behandlung und ging Ostern zur Erholung nach Hause. Dort traten die Schmerzen auch im linken Bein auf und gingen auch auf den rechten Arm über. Pat. blieb nach Beendigung des Urlaubs noch mehrere Wochen im Lazareth, wurde Ende Juli 1901 als ganz invalide entlassen. Im August kam er zum Autor, am 2. X. in die Klinik. Es fällt beim Pat. zunächst die Haltung auf. Die rechte Schulter steht höher als die linke, Rumpf leicht nach vorn geneigt, rechte Hüfte stark hervorspringend, Lenden- und untere Brustwirbelsäule nach links convex gebogen,

im oberen Dorsaltheil eine compensatorische Verbiegung nach rechts; Zwischenraum zwischen Crista ilei und unterem Rippenrand, in der Axillarlinie gemessen, links 4 cm, rechts 8 cm. Die Körperlast ruht auf dem linken Bein; das rechte in der Hüfte leicht flectirt. Beim Gehen stützt sich Pat. auf den linken Oberschenkel. Diese Skoliose der Wirbelsäule in Narkose völlig ausgleichbar. Pat. bietet zahlreiche Druckpunkte, jedoch keine Sensibilitätsstörungen. Kniephaenomene beiderseits gesteigert, links Patellarclonus auslösbar. Achillessehnenphaenomen links sehr lebhaft, rechts nicht auszulösen. Bei der Aufnahme war der N. ischiadicus an seiner Austrittsstelle und in der Kniekehle sehr druckempfindlich, desgleichen wurden bei Druck auf die Wade Schmerzen empfunden. Die Bewegungen im linken Beine waren sämmtlich frei und schmerzlos ausführbar, am rechten wurden auch in Ruhe Schmerzen verspürt, die bei Bewegung des im Knie gestreckten Beines mit besonderer Heftigkeit auftraten und besonders in der rechten Hüfte localisirt wurden, während bei gebeugtem Knie keine Schmerzen auftraten (Lasègne'sches Symptom). Die Behandlung bestand in Suspension, mässiger Hydrotherapie, Galvanisation und vor Allem in psychischer Beeinflussung. Es ist bereits erhebliche Besserung eingetreten. In der Ruhe überhaupt keine Schmerzen mehr, auch ist Pat. im Stande, längere Zeit zu gehen, ohne dass solche auftreten. Auch die Skoliose hat bedeutend nachgelassen, er ist sogar im Stande, sie für kürzere Zeit völlig zu corrigiren. Einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Fortschritt hat die Narkose durch ihre lebhaft suggestive Wirkung gehabt. — Im vorliegenden Falle hat augenscheinlich zunächst eine Ischias, und zwar neuritischer Natur bestanden; das Fehlen des Achillessehnenphaenomens, die Druckempfindlichkeit des Nervs in seinem Verlauf und das Lasègne'sche Symptom weisen mit Sicherheit darauf hin. Wie es bei Ischias häufiger beobachtet wird, stellte sich eine Skoliose der Wirbelsäule ein. Dieselbe blieb nach Schwinden der Ischias bestehen, zeigte sich aber einer vorwiegend psychischen Behandlung zugänglich und ist sichtlich im Schwinden begriffen. Wir haben es hier mit einem Ineinandergreifen zweier verschiedener Processe zu thun, von denen der eine

organischer, der andere functioneller Natur ist. Augenscheinlich besteht H. bei dem leicht debilen Menschen; die zahlreichen, übrigens wechselnden, Druckpunkte und sein psychisches Verhalten machen das zweifellos. Während also die erste Entstehung der Skoliose durch die organische Erkrankung der Ischiadicus-Neuritis bedingt war, ist das Bestehenbleiben derselben beim Zurückgehen resp. Schwinden dieser Affection durch die H. zu erklären, was einmal aus dem Schwinden der Skoliose bei Narkose erhellt, andererseits aus dem Einfluss der suggestiven Behandlung.

(Med.-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena 5. XII. 1901. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 5.)

- Ueber einen **Fall von Anorexia hysterica** berichtet Dr. G. Hoffmann (Patschkau). Am 4. XI. 1901 wurde er zu einer Pat. gerufen, welche, bis zum Skelett abgemagert, im höchsten Grade anaemisch, aufs Aeusserste geschwächt, den Eindruck einer Schwertuberculosen im letzten Stadium machte. Pat. 20 Jahre alt, als Kind immer gesund und sich normal entwickelnd, menstruierte mit 14 Jahren und dann 2 Jahre regelmässig, dann hörten die Menses auf und es trat zunehmende Anaemie ein, Pat. magerte von Jahr zu Jahr ab, wurde immer schwächer und konnte seit October 1901 das Bett nicht mehr verlassen. Schon Wochen vorher trat eine immer mehr zunehmende Krümmung des ganzen Körpers ventralwärts ein. Autor fand die Pat. vollständig ventralwärts gekrümmt im Bette liegen. Er konnte, wenn er mit der einen Hand den Kopf, mit der anderen die Kniee nach unten drückte, allmähig passiv eine vollständig horizontale Lage erzielen, ohne dass über Schmerzen geklagt wurde; allmähig sank aber der ganze Körper wieder in die alte Lage zurück. Am Herzen, den Lungen, Magen etc. kein positiver Befund. Es musste sich um H. handeln. Da der Fall direct letal enden konnte, schickte Autor die Pat. in die Medic. Klinik nach Breslau, wo (am 8. XI.) folgender Befund erhoben wurde: Körpergewicht 67 Pfund; Blut mit geringer Verminderung des Haemoglobins, Vermehrung der weissen Blutkörperchen; Pat. kann die Wirbelsäule mühsam activ gerade strecken, doch sinkt nach ca. 2 Minuten die Wirbelsäule und der Kopf wieder nach

vorn zurück; Sensibilität intact, Motilität insofern betroffen, als entsprechend der allgemeinen Atrophie alle Körpermuskeln atrophisch sind und nur wenige Minuten im Stande sind, zu arbeiten; Reflexe normal; beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinengung mässigen Grades, sonst keine hysterischen Stigmata. Isolirung der Pat. und Mastcur. Alle 4 Tage Zunahme bis zu 2 kg, bei der Entlassung (18. I. 1902) Gewicht 108 Pfd. Pat. geht seitdem ihrer häuslichen Beschäftigung wieder nach, am 20. II. haben sich die Menses, seit 4  $\frac{1}{2}$  Jahren zum 1. Male, wieder eingestellt.

(Die Medic. Woche 1902 No. 11.)

**Impetigo.** *I. vulgaris* (oder *I. contagiosa*) behandelt Dr. Menahem Hodara (Konstantinopel) so, dass er täglich oder jeden 2. Tag einmal die Pusteln mit 50%iger Höllensteinlösung betupft; die Heilung erfolgt nach 2—4 maliger Aetzung. Bei Säuglingen ätzt er täglich 1—2 mal mit einer 2—10%igen Höllensteinlösung und pudert hinterher ein:

Rp. Calomel. 1,0

Amyl. 9,0

(Monatshefte für prakt. Derm. 1901 Bd. 33 No. 3.)

— **Pemphigus bei Masern und *I. contagiosa* ist dasselbe!** ist die Quintessenz einer Arbeit von Dr. C. Leiner (Carolinen-Kinderspital in Wien). Im Jahre 1890 zeigte Faber, dass der Pemphigus neonatorum und die *I. contagiosa* eine einheitliche Krankheit darstellen, für die der gemeinschaftliche Name „Pemphigus contagiosus“ passe. Auch ältere Kinder werden nun aber bisweilen von einer unter dem Namen „Pemphigus“ beschriebenen Blasenkrankung heimgesucht, welche an das klinische Bild des Pemphigus neonatorum erinnert. Diese Art des Pemphigus scheint namentlich bei solchen Kindern nicht gar zu selten zu sein, die an einer acuten Infectiouskrankheit erkrankt sind oder erkrankt waren und im Reconvalescenzstadium einen solchen Blasenausschlag bekommen. Leiner hatte in der letzten Zeit Gelegenheit, ebenfalls bei 4 masernkranken Kindern das identische Krankheitsbild zu sehen, und es gelang ihm, durch Ueberimpfung des Blaseninhaltes auf seinen Arm daselbst typische *I. contagiosa* zu erzeugen. Nimmt

23\*

man noch dazu den gleichen bakteriologischen Befund, wie er gleichfalls erhoben werden konnte, sowie das gemeinsame klinische Bild, so steht es unzweifelhaft fest, dass die unter „Pemphigus bei Masern“ beschriebenen Fälle nichts anderes darstellen, als *I. contagiosa*.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902 Bd. 55 Heft 3.)

**Intoxicationen.** Einen Fall von Schwefelwasserstoffvergiftung nach äusserlicher Anwendung von Pottasche-Schwefelsalbe erlebte Burmeister in der Breslauer Dermatolog. Klinik, wo bisher mit dieser Salbe (10 Th. Kal. carbonic. + 40 Th. Sulfur. praecip. auf 50 Th. Salbengrundlage) gewöhnlich Scabies behandelt wurde, indem damit innerhalb 36 Stunden 3 mal die Pat. universell eingesalbt wurden (nach jeder Inunction Einpackung in wollene Decken). Als ein 19jähr. Arbeiter die 3. Einreibung erhalten hatte, zeigte er 1 Stunde später alarmierende Krankheitssymptome, die nur auf die vorhergegangene Inunction bezogen werden konnten: völlige Bewusstlosigkeit, weite Pupillen, kleinen frequenten Puls, unregelmässige schluchzende Athmung, starke Reizung der Haut u. s. w. Pat. erholte sich bald wieder unter Kamphereinspritzung, Vollbädern mit kühlen Uebergiessungen, nachdem die Salbenreste gründlich abgeseift waren. Das Zustandekommen der Intoxication denkt sich Autor wie folgt: „Nachdem die auf die Haut applicirte Pottasche-Schwefelsalbe bei einem besonders empfindlichen Individuum zunächst eine Dermatitis mit Excoriationen und Nässen bedingt hat und demnächst aus dem Schwefel der Salbe und den in dem Secret der Excoriationen vorhandenen Alkalien die Bildung von Schwefelalkali zu Stande gekommen ist, hat letzteres, von den Excoriationen aus resorbirt, entweder direct als solches, oder durch die Kohlensäure des Organismus in Kalium. resp. Natriumcarbonat und Schwefelwasserstoff zerlegt, durch den freien Schwefelwasserstoff die Vergiftung hervorgerufen.“

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis, Bd. 58. Heft 3.)

- Ein Fall von Vergiftung durch Chloroxyd und Chlordioxyd, den Dr. A. Graefe (Berlin) beobachtete, kam durch das jetzt so beliebte *Photographiren mit Blitzlicht* zu Stande. In einem Verein wurden etwa 5 Wochen

vor Weihnachten 1901 in einem engeren Raum zahlreiche Aufnahmen hintereinander mit „Blitzlichtpatronen“ gemacht. Ein Mitglied ging, gleich nachdem die Aufnahmen vorbei waren, noch einmal in diesen Raum und wurde bald darauf bewusstlos dort aufgefunden; nach Hause gebracht, lag er 2 Stunden bewusstlos mit kleinem, kaum fühlbaren Puls. Dann kam er zu sich, erbrach lange Zeit hintereinander, bekam Schmerzen im Hinterkopf und in den Schläfen, zugleich ein eigenthümlich taubes Gefühl in beiden Unterarmen und Händen, namentlich in den Fingerspitzen, sowie in den Unterschenkeln und Füßen; Puls längere Zeit nur 50; starker Bronchialkatarrh. Da das Sehvermögen beiderseits stark herabgesetzt erschien, wurde Pat. durch den behandelnden Arzt behufs Augenuntersuchung dem Autor überwiesen. Beiderseits maximale Mydriasis und linksseitige Abducenslähmung. Beide Linsen in den äquatoriellen Theilen dicht getrübt mit intermittirenden helleren und dunkleren Streifen, Centrum der Linse diffus getrübt, sodass die Trübung in der Mitte am zartesten war. Snellen XXX wird mit — 10 in 14 Zoll unsicher erkannt; näher wird mit oder ohne Correction nichts gesehen (Pat. ist Myop von  $\frac{1}{8}$ ). Pat. klagt noch über Schmerzen im Hinterkopf, Taubsein an beiden Händen und Kriebeln in den Fingerspitzen; Puls 100, starker Bronchialkatarrh. Wodurch war diese offenbare Vergiftung zu Stande gekommen? Magnesiumoxyd ist nicht giftig, also musste demselben noch etwas beigemischt sein. Eine Erkundigung in der Apotheke ergab, dass die Magnesiumblitzlichtpatronen aus Magnesiummetall und Kal. chloric. zu gleichen Theilen bestehen; durch das Abschiessen dieses Gemisches bildet sich Chloroxyd und Chlordioxyd, sehr giftige Gase, die hier also zur Intoxication geführt haben. Im Befinden des Pat. ist nunmehr folgende Besserung eingetreten: Zunächst ging die linksseitige Abducenslähmung zurück, dann stellte sich die Accommodation langsam wieder her, zugleich damit nahm die Mydriasis ab, in geringem Maasse ist sie noch jetzt (22. II. 1902) vorhanden. Das Interessanteste ist, dass sich die centrale Linsentrübung vollständig verloren hat und auch die diffuse am Aequator, wo allerdings Speichen zurückgeblieben sind, welche jedoch schon vorher vorhanden sein konnten.



Die Therapie beschränkte sich auf Roborantien, Alkohol und Schutzbrille. Es ist also jedenfalls Vorsicht beim Photographiren mit Blitzlicht geboten und zu empfehlen, lieber reines Magnesiummetall zu verwenden, wenn auch die Aufnahmen etwas länger dauern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 11.)

**Paralyzen.** Einen Fall von *Hemiplegia alternans superior*, bedingt durch einen Bluterguss im rechten Hirnschenkel, stellt v. Rad vor. Es handelt sich um einen jetzt 44 jähr. Malermeister, dessen Anamnese ausser einer vor 2 Jahren durchgemachten Bleivergiftung nichts Besonderes ergibt; Lues und Potus nicht vorausgegangen. Pat. erkrankte am 30. VIII. 1900 Abends 9 Uhr plötzlich an heftigem Schwindel. Gleich hinterher bestand Doppeltsehen, das rechte Augenlid hing herab, die ganze linke Körperhälfte war gelähmt; im Bereiche derselben starke Paraesthesien. Untersuchung am 13. IX. ergab: Am rechten Auge starke Ptosis, Bulbus kann nur nach aussen und etwas nach unten bewegt werden, nach allen anderen Richtungen rechtes Auge unbeweglich; rechte Pupille bedeutend weiter, als die linke, Reaction auf Licht und Convergenz beiderseits prompt; Bewegungen des linken Auges völlig frei, Augenhintergrund beiderseits normal; linker Facialis mit Ausnahme seines oberen Astes völlig gelähmt; Zunge weicht nach links ab und kann nach dieser Seite hin nur minimal bewegt werden; active Beweglichkeit des linken Armes und Beines sehr herabgesetzt, keine Spasmen, Patellarreflexe links gesteigert, kein Patellar- und Fussclonus; Sensibilität am linken Arm und Bein herabgesetzt, geringe Ataxie, starke Gleichgewichtsstörung beim Stehen und Gehen; Puls hochgespannt, Herz hypertrophirt, zweiter Aortenton klappend; Urin frei von Eiweiss; zwangsmässig auftretendes, unmotivirtes Lachen und Weinen. Am 22. IX. Oculomotoriuslähmung unverändert, dagegen motorische und sensorische Lähmungserscheinungen der linken Körperhälfte entschieden gebessert, ebenso die Gleichgewichtsstörung. Die Besserung machte unter elektrischer Behandlung sichtliche Fortschritte, nur blieb die Oculomotoriuslähmung unverändert. Als Autor am 5. X. 1901 den Pat. wiedersah, klagte er über Schwäche im linken Arm und Bein, sowie pelziges Gefühl in denselben.

Am rechten Auge starke Ptosis und Behinderung der Beweglichkeit nach oben und innen; Pupillen jetzt gleich weit, reagierten prompt; grobe Kraft am linken Arm und Bein entschieden herabgesetzt, Sehnenreflexe gegen rechts etwas gesteigert; Gang leicht hemiplegisch, dabei Klagen über taumeliges Gefühl im Kopf. Keine Sensibilitätsstörungen mehr, aber ausgesprochene Erscheinungen einer beginnenden Demenz. Auf Grund der *rechtsseitigen Oculomotorislähmung* und *linksseitigen Hemiplegie*, welche beide aus *einer* Ursache entstanden und gleichzeitig in die Erscheinung getreten sind, ist man wohl berechtigt, hier die Diagnose auf einen *Herd (Blutung) im rechten Hirnschenkel* zu stellen.

(Aerztl. Verein in Nürnberg 7. XI. 1901 —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 9.)

- **Accommodations-Lähmung infolge Genusses schlechter Eier** sah Dr. Hennicke (Gera) bei 3 Mitgliedern einer Familie. Dieselben konnten plötzlich in der Nähe sehr schlecht sehen. Bei allen (Mutter und 2 Töchtern) Hypermetropie von 2 resp. 3 D. und vollständige Accommodations-Lähmung, sonst weder an den Augen, noch am übrigen Körper etwas Abnormes. Die ganze Familie hatte vorher, d. h. vor einigen Wochen Influenza durchgemacht. Sonst ergab die Anamnese nur noch, dass alle 3 Pat. am Tage vorher Eier gegessen hätten (sogen. Kisteneier), die schlecht schmeckten und bei allen Erbrechen hervorriefen. Der Vater der Familie hatte auch die Influenza durchgemacht, aber keine Eier mitgegessen; bei ihm fehlte jede Accommodations-Lähmung.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges. 6. III. 1902).

**Rheumatismen.** Einen Fall rheumatischer Erkrankung eines Kiefergelenkes behandelte Dr. Hamm (Braunschweig). Der im Uebrigen gesunde 45jähr. Pat. klagte über heftige Schmerzen im rechten Ohr, die seit einer Woche bestehen. Auch können die Zähne auf der rechten Seite wegen Schmerzhaftigkeit nicht aufeinandergepresst werden, sodass das Kauen erschwert ist. Die Untersuchung des Ohres ergibt, dass das Trommelfell in seiner oberen Hälfte normal ist, während die untere Hälfte durch eine bläulich-schwärzliche Masse

verdeckt wird; dieselbe giebt beim Sondiren das Gefühl der Fluctuation. Eine Incision ergiebt die Anwesenheit von flüssigem Blut; dieses wird vollständig entleert und die Hautränder abgetragen, auf die Wundfläche kommt Borvaseline. Die untere Trommelfelhälfte, die nach Entleerung der Blutblase sichtbar wird, ist normal. Unter der Borsalbe heilt die Wunde in 1 Woche, ohne dass indess die Ohrschmerzen im Geringsten abnehmen; auch können Ober- und Unterkiefer der rechten Seite noch immer nicht aufeinandergepresst werden. Unterdessen erschien auf der Schleimhaut der Mundhöhle am aufsteigenden Unterkieferaste der rechten Seite eine linsengrosse blutige Stelle, die allmähig ohne Behandlung wieder verschwand. Als nach Heilung der Wunde im Gehörgang die Ohrenschmerzen und die Störung beim Essen unverändert fortbestanden, untersuchte Autor mit dem in den äusseren Gehörgang eingeführten Finger das Kiefergelenk der rechten und zum Vergleich auch der linken Seite, doch war eine Erkrankung nicht festzustellen, ja das linke gesunde Gelenk erschien dicker. Trotzdem Verordnung von *Natr. salicyl.* (2stündl. 0,5), mit dem Resultat, dass nach 2 g die Ohrenschmerzen verschwunden waren, und der Unterkiefer nun ohne Schmerzen gegen den Oberkiefer gepresst werden konnte. Kein Recidiv bisher. — Beim Mangel aller objectiven Zeichen am Gelenk selbst spricht wohl der Erfolg der Salicylmedication neben der Unmöglichkeit eines festen Gebisschlusses am besten für die Diagnose. Einen Morbus maculosus Werlhofii anzunehmen, lag keine Veranlassung vor, da ausser der Blutblase im Ohr und der Schleimhautblutung im Munde weiter keine Blutung sich bemerkbar machte und auch das Allgemeinbefinden nicht gelitten. Für die Richtigkeit der Diagnose spricht weiter der Umstand, dass Pat. etwa 2 Monate nach Heilung dieses Leidens an Schmerzhaftigkeit einzelner Fingergelenke litt, die gleichfalls auf Salicyl verschwand. Bei solcher recht seltenen rheumatischen Kiefererkrankung besteht die Gefahr, dass man gar nicht an diese Diagnose denkt, sondern an eine Ohraffection. In allen Fällen, in denen über Ohrenschmerzen oder Ohrengeräusche geklagt wird, sollte man bei normalem Trommelfell und Gehör, sowie gesunden Zähnen niemals verabsäumen,

an das Kiefergelenk zu denken, da dieses nicht selten vielleicht als Quelle jener Beschwerden sich erweisen dürfte, die bisher für nervös gehalten wurden oder aetiologisch dunkel waren.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 45.)

- Als gutes Antirheumaticum lernte auch Dr. S. Merkel (Nürnberg) das **Aspirin** schätzen. Beim Gelenkrheumatismus stillte es die Schmerzen ebenso prompt, wie Natr. salicyl. und rief fast keine Nebensymptome hervor. Eine Dame mit angeblich sehr schlechtem Magen vertrug 10 g innerhalb 4 Tagen anstandslos. Sehr gute Wirkung sah Autor bei *acuten Gichtanfällen* in 4 sehr schweren Fällen (am 1. Tage 5 g, dann weiter 4 g pro die), weniger prompte bei chron. Fällen. Auch bei *Neuralgien* bewährte sich Aspirin oft vorzüglich, nur liess manchmal die Wirksamkeit nach längerem Gebrauche plötzlich nach. Die analgetische Wirkung zeigte sich in einem schweren Fall von *Mastdarmkrebs*. Aspirin wird am besten Nachmittags stündlich 1 g, bis 4—5 g verbraucht sind, ordinirt. Bei Unbemittelten verordnet man es als Schachtelpulver (10 g = Mk. 1,45), noch billiger sind die Tabletten Originalpackung Bayer (20 Stück à 0,5 = Mk. 1,20).

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 9.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Zur

**Therapie wiederholter Aborte und Frühgeburt tochter Kinder** gab R. Lomer Graviden *während der ganzen Schwangerschaftsdauer Jodkali mit Eisen*. 21 Krankengeschichten beweisen die glänzenden Erfolge dieser Behandlung, welche Rücksicht nimmt auf die 3 häufigsten Ursachen jener Zufälle: Die Lues hereditaria, die Schwangerschaftsnier- und die Endometritis mit entzündlichen Veränderungen der Decidua. Vielleicht beugt Jodkali hauptsächlich der Entstehung von Blutergüssen innerhalb der Placenta vor und wirkt dadurch so prompt, während ja durch die Eisendarreichung die stets hier vorhandene chron. Anaemie bekämpft wird.

(Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaek. Bd. 46 No. 2.)

- **Ergotin als Prophylacticum und Specificum beim Wochenbettfieber** empfiehlt Dr. Solt (Nitau) auf Grund 7jähr.

Erfahrungen, die sich auch auf recht schwere Fälle erstrecken. Falls er selbst eine Geburt leitet, spült er nur vor und nach der Operation mit gekochtem Wasser oder Borlösung. Wenn die Geburt normal verlaufen ist, bekommt die Wöchnerin 6 Pulver à 0,6 Secale cornutum, 2—3 Pulver täglich. Nach jeder Operation, oder wenn die Wöchnerin durch Puls, Temperatur oder sonst etwas verdächtig ist, prophylaktisch

Rp. Ergotin.

Aq. dest. aa 5,0

Tet. amar. 15,0

Rp. Ergotin. 5,0

Aq. Menth. pip. 20,0

S. 3× täglich 10—20 Tropfen.

Ebenso im Krankheitsfalle während der Dauer des Wochenbettfiebers, während der sonst weiter nichts, auch nicht Alkohol, Bäder u. dgl. ordinirt wurde. Nur bei stärkeren *peritonitischen Schmerzen* giebt Autor *Natr. salicyl.*, weil dies bei Entzündungen seröser Häute überhaupt günstig einwirkt, und lässt *Umschläge machen mit Salicylspiritus* (2%), die Wunder thun bei oberflächlicher (Peritoneum parietale) Entzündung. Bei *Nachblutungen* macht Autor auch *kühle Kochsalzwasser-eingiessungen* (1 Theelöffel auf 1 Liter). Noch energischer wirken bei Gebärmutterblutungen verschiedenen Ursprungs (Nachblutungen, Meno-Metrorrhagieen, klimakterischen Blutungen, auch Blutungen aus der männlichen Harnblase) *Darmeingiessungen von frischer Milch* (1/2 Theelöffel Kochsalz auf 1 L. Milch), die oft wirken, wenn andere Mittel versagen.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 2.)

- **Ung. Credé bei einem schweren Falle von Puerperalfieber** wandte mit promptem Erfolge Dr. L. Geiringer (Wien, K. k. Krankenhaus Wieden) an, und zwar vom 15. Tage post partum, dem 11. nach Ausbruch der Krankheit an. Es wurden 3 g, Tags darauf 5 g, dann noch 4 Tage je 3 g an den Aussenseiten der Oberschenkel, der Hüfte und Arme eingerieben, im Ganzen also 20 g. Schon nach 8 g zeigte sich auffallende Besserung, die immer mehr zunahm. Später benützte Autor das Mittel noch wiederholentlich bei puerperaler Sepsis, doch sah er wirklich guten Erfolg nur in den Fällen, in welchen ausgeprägte locale Erscheinungen von Seiten des Peritoneums fehlten, wo also die Erscheinungen allgemeiner

Sepsis vorhanden waren. Ganz unbeeinflusst verliefen jedoch diejenigen Fälle, bei denen die Section schwere eitrige Infiltration der Parametrien und des Peritoneums oder eine ausgebreitete diphtheritische Entzündung des Endometriums darbot. Jedenfalls aber hält Autor nach seinen Erfahrungen es für *eine Pflicht, in jedem Falle von puerperaler Sepsis wenigstens einen Versuch mit Ung. Credé zu machen*, da hierdurch noch in sonst aussichtslosen Fällen häufig vollkommene Genesung erzielt werden kann.

(Wiener med. Presse 1902 No. 8.)

**Tuberculose.** Die Hetol-(Zimmtsäure-)Behandlung der Phthise und ihre Anwendung in der ärztl. Praxis ist der Titel einer Arbeit von Dr. Erwin Frank (Berlin). Landerer benützt bekanntlich das zimmtsäure Natron (Hetol) seit Jahren zur Behandlung der Phthise, und zwar injicirt er dasselbe meist intravenös, da auf diesem Wege das Mittel am schnellsten zur Lunge gelangt, in den Körper aufgenommen wird; die intramusculäre (gluteale) Application bleibt für die wenigen Fälle reservirt, wo es sich um Kinder handelt, deren Blutgefässe naturgemäss noch eng sind, oder um anaemische heruntergekommene Frauen, deren Gefässenge hin und wieder der Injection Schwierigkeiten bieten kann. Frank wandte ausschliesslich die intravenöse Einspritzung an. 1—3—5% Lösung von Hetol\*) benützend. Er reibt die Injectionsstelle des Armes, nach Umlegen der Aderlassbinde, mit Aether ab und legt nach dem Einspritzen einen kleinen Gazeverband an, den sich Pat. nach einigen Stunden abnimmt. Dringt die Spitze der Canticle in das Lumen der Vene, wie dies bei exacter Ausführung Voraussetzung sein muss, so ist die Injection absolut schmerzlos. Sticht man vorbei oder durch die Wand der Vene seitlich hindurch, so entsteht für 1—2 Minuten ein geringer Schmerz und eine kleine Beule, die rasch verschwindet. Sollte das Anschwellen der Armvene nach Umlegen der Aderlassbinde sich als schwierig er-

\*) Die Firma Kalle & Co. (Biebrich) stellt diese Concentrationen, sterilisirt und in Glastuben eingeschmolzen, her, sofort gebrauchsfähig und unbegrenzt haltbar. 12 Dosen der 1%igen Lösung kosten Mk. 2.— (Cur von 60 Injectionen = Mk. 10.)

weisen, wie dies bei fettreichen Armen oder anaemischen Frauen, Kindern vorkommen kann, so lässt man die Pat. sich mit herabhängendem Arm hinlegen, worauf wenige Minuten später, wenn man jetzt die Binde anlegt, stets die Ader vollgespannt hervortritt, „Die einzige wirkliche Schwierigkeit ist die Wahl der richtigen Dosis“ (Landerer). Man injicirt von 2 Strich der Pravazspritze\*) beginnend bis zu 5 Strichen steigend, nimmt dann die stärkere Lösung, bis man im Maximum bei 5 Strich der 5%igen stehen bleibt; in der Regel genügt es, 3 mal wöchentlich zu injiciren, worauf sich Pat. zu Hause 1 Stunde hinzulegen hat. So kann man den Pat. zu Hause recht gut behandeln („die Behandlung der T. ist dem prakt. Arzt wiedergegeben“, Landerer), ohne dass eine Störung in der Berufsthätigkeit eintritt. Um Gewichtszunahmen zu erzielen, nimmt man dann *Nährpräparate* zu Hülfe. *Somatose*, *Mellin's Nahrung*, *Roborat*, bei Kindern *Sanatogen* erwiesen sich als nützlich, vor allem aber das *Eisentropen*\*\*), das sich in kalter und warmer Milchvollkommen löst, sehr gern genommen wird (schmeckt wie Chocolate), die Zähne nicht angreift, weder Verstopfung, noch Durchfälle macht (Dosis: 3 Theelöffel pro die) und gute Gewichtszunahmen bewirkt (1 Pfd. pro Woche). Untersagt man ausserdem den Pat. den Alkohol in grösserer Dosis, ferner anstrengende Vergnügungen, spätes Zubettgehen u. dgl., empfiehlt wiederholte kalte Waschungen, so ist die Hetolbehandlung auch zu Haus erfolgreich. Autor verfügt über 13 Fälle (mit 408 Injectionen), von denen allerdings 5 als gar zu schwer, von vornherein aussichtslos, abgehen. Die Unterscheidung von *uncomplicirter* und *complicirter T.* (Landerer) ist durchaus praktisch. Die uncomplicirte T. verläuft theils ohne Fieber und ohne nachweisbare Zerstörungen in der Lunge, oder mit Fieber bis 38—38,2° (rein tuberculösem Fieber); gerade diese Fälle werden von Hetol sicher und gleichmässig beeinflusst. Bei complicirter T. handelt es sich um eine Mischinfection, und hier versagt Hetol, hier nützt Freiluftcur in Heilstätten („die meist keimfreie Luft der Anstalten, Wälder und Höhen führt keine neuen pathogenen Keime

\*) Die hierzu bestimmte Spritze fertigt M. Frost, Berlin N.W. Rathenowerstr. 6.

\*\*) 100 g kosten Mk. 1.80.

zu, der Organismus wird mit den vorhandenen fertig, und die T. dadurch uncomplicirt“, Landerer). Frank's Erfahrungen decken sich damit. Pat., die Fiebersteigerungen bis  $38^{\circ}$  und darüber aufweisen, sind für Hetol nicht mehr geeignet. So jene 5 Fälle, wo aber durch Hetol auch eine Schädigung nicht erfolgte. Im Gegentheil: Unter den sonstigen Maassnahmen, Genuss von Milch und Eisentropfen, besserte sich der Appetit, es konnte zuweilen entgegen dem bisherigen Verfall ein Stillstand in der Abnahme des Gewichts beobachtet werden. In 2 Fällen constatirte man unter der Behandlung eine Neigung zu blutig gefärbtem Sputum. Hetol bewirkt starke Leukocytose in und um die erkrankten Stellen. Durch diese vermehrte Blutdurchströmung der tuberculösen Herde ist die Gefahr der Blutung so lange gesteigert, bis eine Abkapselung und Umwallung der nekrotischen Parthieen erzielt wird. Dies kann nicht vor der 6.—8. Woche geschehen, und nach dieser Zeit ist man also vor Blutungen ziemlich sicher. In des Autors Fällen kam es nur zur blutigen Färbung des Sputums, die, wenn sich Pat. mehr schonte, die Injectionen einige Tage ausgesetzt wurden, verschwand; man braucht auch nur die Dosis herabzusetzen, und dann erst allmähig wieder zu steigern. Anders bei den uncomplicirten Fällen (8). Von der 6.—8. Woche an tritt hier die Besserung zu Tage, zuerst sich bei den Schweissen und dem Appetit geltend machend (oft schon in der 1. und 2. Woche), dann beim Fieber (2.—3. Woche), später an den Lungenerscheinungen selbst (6.—8. Woche). Bei 4 Initialfällen trat dies Verhalten besonders eclatant hervor, sodass man sagen kann: bei jeder beginnenden T., wie auch in darauf verdächtigen Fällen soll man zu Hetol greifen! Im Ganzen war bei 6 Fällen die Besserung an Heilung grenzend, bei 2 schwereren schöne Besserung zu constatiren. Das ist bei einer häuslichen Cur immerhin sehr viel. Nach beendeter Hetolcur ist es freilich gut, wenn die Pat. zur Nachcur noch ein Sanatorium aufsuchen können, vorzüglicher können die Erfolge sein, wenn beides vereinigt wird, aber auch zu Hause kann, dies zeigen die leichteren Fälle Frank's, mit Hetol viel erreicht werden. Autor schliesst daher mit folgenden Sätzen:

1. Bei beginnender uncomplicirter T. bietet die



Hetolbehandlung grosse und begründete Aussicht auf Besserung und Heilung.

2. Die Hetolbehandlung soll in solchen Fällen entweder gleichzeitig mit der Anstaltsbehandlung statthaben, andernfalls jedoch derselben vorausgehen.

(Therap. Monatshefte 1901 No. 12.)

- Ueber **Hetolbehandlung der T.** handelt auch ein Aufsatz von Dr. Th. Heusser (Davos), an dessen Schluss es u. A. heisst: „Ich muss im Gegentheil mit Landerer übereinstimmen, dass die Hetolbehandlung innerhalb der Grenzen, die von Landerer ihrer Verwendung in der Praxis gezogen worden sind und bei sachverständiger Anwendung völlig gefahrlos, und im Stande ist, eine complicirte T. mit grösserer Sicherheit zur Vernarbung und Heilung zu bringen, als irgend ein anderes der bisher empfohlenen Mittel gegen T. Natürlich ist Hetol kein Specificum gegen T., aber es ist neben dem Klima und der hygienisch-diaetetischen Methode, die heute jeder gebildete Phthiseotherapeut, nicht blos die Anstalten, übt, das wirksamste Mittel, um die Heilung der T. zu fördern. Die Resultate aber der Phthiseotherapie, so grosse Fortschritte in den letzten Jahrzehnten erzielt worden sind, sind immer noch so wenig glänzend, dass jeder Arzt wohl mit Freude nach einem Hilfsmittel greift, dessen Wirksamkeit innert gewisser Grenzen zweifellos ist“.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1902 No. 1.)

- Die **medicamentöse und symptomatische Behandlung der Lungentuberculose** bespricht der Director der Heilanstalt Alland, Doc. Dr. Al. Ritter v. Weissmayer, die Litteratur und seine eigenen Erfahrungen berücksichtigend. Hier seien nur diejenigen Mittel angeführt, die Autor selbst in seiner Anstalt erprobt hat. *Duotal* (Guajacol. carbon. puriss.) ein 90,5% reines Guajacol, an Kohlensäure chemisch gebunden, ist wegen seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit leicht zu nehmen, und wird, ohne Beschwerden zu verursachen, auch durch lange Zeit gut vertragen. Autor giebt es in Dosen von 0,5 (nach dem Essen in Oblaten) und steigt nach wenigen Tagen auf die doppelte, dann 3fache Dosis, bis einschliesslich 3—5 g pro die (in 3 Dosen getheilt) ge-

nommen werden. Besonders die Einwirkung des Präparates auf den Appetit war in der grössten Mehrzahl der Fälle eine sehr bedeutende; wenn auch eine directe Beeinflussung des objectiven Befundes nicht beobachtet werden kann, so ist es doch immerhin schon recht viel werth, dass wir im Duotal ein Mittel besitzen, das in den meisten Fällen entschieden appetitanregend wirkt. Ueber *Thiocol* sagt Schnirer: „Jedenfalls verdient das Thiocol wegen seiner Ungiftigkeit, Reiz- und Geruchlosigkeit, wegen seiner Löslichkeit in Wasser, seiner hohen Resorbirbarkeit und seiner entschieden günstigen Beeinflussung des tuberculösen Processes einen hervorragenden Platz in der Therapie der T.“ Das Mittel wurde thatsächlich stets sehr gut vertragen und gerne genommen. Es kommt auch als Mixtur (10 g Thiocol, 40 g Wasser, 5 g Extr. fluid. Aur. und 95 g Syrup) unter dem Namen „*Sirolin*“ in den Handel, aber Autor gab meist nur das Thiocolpulver in Oblaten oder Wasser zu 1—2 g pro die vor dem Essen (doch werden auch höhere Dosen vertragen!). Auch dieses Medicament beeinflusst vor allem den Appetit in günstigster Weise, sodass unter Umständen ganz beträchtliche Gewichtszunahmen beobachtet werden. Desgleichen können Fieber, Nachtschweisse, event. auch Husten und Auswurf gebessert werden. *Ichthosot*, eine Verbindung von Ichthyol und Kreosotal in Pillenform (à 0,1 Ichthyol, 0,04 Kreosot carbonic. und 0,1 Menth. pip.) empfahl besonders Goldmann; man beginnt mit 3 Pillen pro die und steigt langsam bis zu 12 Stück, die viele Monate gegeben werden. Autor kann über diese Methode noch kein definitives Urtheil abgeben, doch fordert er zur Nachprüfung auf. Die Landerer'sche *Zimmtsäurebehandlung* übte zweifellos in vielen Fällen einen wohlthätigen Einfluss auf den ganzen Verlauf der Krankheit aus. In einigen Fällen wirkten die Injectionen, (es wurden nur intravenöse mit dem zimmtsäuren Natron in Dosen von 0,001 langsam steigend bis 0,03 gemacht) direct antipyretisch, in einigen anderen wurde die Expectoration wesentlich erleichtert, mehrfach wurde Besserung des Allgemeinbefindens constatirt; Nebenerscheinungen fehlten, auch Haemoptoe trat nie im Anschlusse an die Behandlung ein. Autor möchte also das Hetol als Unterstützungsmittel bei der Allgemeinbehandlung

der T. ansehen, resp. seine Verwendung unter Umständen empfehlen, wenn die Durchführung einer hygienisch-diaetetischen Behandlung nicht möglich ist. Auch Inhalationen von *Igaxol* kamen zur Anwendung. Das Mittel übt zwar manchmal einen günstigen Einfluss auf die Expectoration aus, doch kann dies auch einfach durch Expectorantia erreicht werden; objective Besserungen der T. traten nicht ein. Auch *Lignosulfit* bewährte sich nicht, die Versuche wurden mangels jeden Erfolges aufgegeben. Auf die Frage, welche Mittel für die Praxis am empfehlenswerthesten seien, möchte Autor antworten: in erster Linie Präparate aus der Kreosot-Guajacol-Gruppe (Duotal, Thiocol etc.) und die Zimmtsäure.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 8/9.)

- **Dionin** hat Dr. A. Scherer (Heilstätte Ruppertshain) vorwiegend bei den schweren Fällen der Anstalt angewandt und lernte besonders die reizmildernde Wirkung des Mittels schätzen. Der Hustenreiz entschwand in vielen Fällen nach einigen Tagen, mehrfach konnte das Mittel schon nach 4—5 Tagen ganz ausgesetzt werden; das lässt sich wohl so erklären, dass das Dionin den Pat. das Unterdrücken des Hustenreizes erleichterte und sie sich dadurch gewöhnten, nur mehr dann dem Reize nachzugeben, wenn Secret nach aussen zu befördern ist. Manchmal musste nach mehrtägiger Pause allerdings wieder zu Dionin gegriffen werden; hier bestand freilich meist eine Complication (Pharyngitis, Laryngitis u. s. w.) noch fort, sodass diese Fälle nicht berechtigen, von einer Gewöhnung an das Mittel zu sprechen. Die Complicationen wurden selbstverständlich dann behandelt: Pharyngitis mittelst Insufflationen von 10% *Zinc. sozodolic.*-Pulver, Pinselfungen mit Lugol'scher Lösung, 15%iger Chlorzinklösung und Gurgelungen mit antiseptischen und adstringirenden Medicamenten, Laryngitis durch Instillation von Milchsäure (10—15%) oder Mentholöl (10—25%) oder Insufflation von *Zinc. sozod.* (10%) oder Orthoform. Verminderte oder erschwerte Expectoration wurde selbst bei reichlichem Gebrauch des Dionin nie beobachtet, vorhandene Schmerzen dagegen meist günstig beeinflusst, namentlich solche, welche mit den Menses zusammenhängen, desgleichen Kopf-

schmerzen, wie sie bei anaemischen und chlorotischen Insassen vielfach vorkamen. Ein Einfluss auf Schluckschmerzen wurde vermisst, dagegen wurde bei Schlaflosigkeit guter Schlaf durch 0,02—0,03 Dionin erzielt, ohne dass am nächsten Morgen irgendwelche lästige Erscheinungen sich geltend machten; Nachtschweisse wurden durch Dionin nicht unterdrückt. Nie machte das Mittel unangenehme Nebenerscheinungen, wie z. B. Verdaungsbeschwerden. Verminderung des Appetits, Uebelkeit, Erbrechen, Obstipation, Benommenheit u. dgl. Es wurde noch bei längerer Medication nicht über die Einzeldosis von 0,03 hinausgegangen (wo diese nicht wirkte, blieben auch höhere Dosen unwirksam), die in Pulverform (manchmal wirkten schon 0,02), in 0,3—0,5% iger Lösung (2—4 mal täglich ein Thee- bis Kaffee- löffel) oder Tabletten (à 0,03 von E. Merck) gereicht wurde.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 3.)

- Ueber **Behandlung der T. mit Peru-Cognac** publicirt Dr. F. Schmey (Beuthen O/S.) einen 4. Bericht, in welchem er einerseits von neuen Erfolgen mit dem bekannten Mittel spricht, eigenen und von anderen Aerzten gemachten, andererseits aber auch hinsichtlich der theoretischen Begründung und Erklärung der Wirksamkeit dieser Behandlungsweise bemerkenswerthe Daten giebt. In dem Lungen Sputum eines Phthisikers, welcher „Perco“ nahm, konnte der Berliner Chemiker Dr. Aufrecht mit Sicherheit mikroskopisch-chemisch Benzoessäure nachweisen, wodurch unzweifelhaft bewiesen wird, dass die in Form des Peru-Cognacs innerlich eingegebene Zimmtsäure resorbirt und, wenigstens zum Theil, in der hochwirksamen Form eines Oxydationsproductes, der Benzoessäure, durch die Lungen wieder ausgeschieden wird. Der Alkohol im Peru-Cognac wirkt aber nicht allein auf die Resorptionsfähigkeit der Zimmtsäure günstig ein, sondern bildet an und für sich ein schätzenswerthes Therapeuticum bei T., zumal er bei der Verordnungsweise des Autors nur in zweckdienlichen Quantitäten dem Körper einverleibt wird. Auch Kinder können daher den Peru-Cognac nehmen, auch bei ihnen wurden sehr gute Resultate erzielt.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1902 No. 17.)

**Tumoren.** **Cancroin** (Adamkiewicz) wandte Dr. Jacoby bei 2 Fällen von inoperablem Uteruscarcinom an, — ohne jeden Erfolg! Beide Fälle entsprechen ganz den von Adamkiewicz beschriebenen. Nachdem bei der einen Pat. 25 ccm Cancroin verspritzt waren, mussten Injectionen, da Pat. trotz bester Pflege fürchtbar herunterkam und alle Symptome sich verschlimmerten, ausgesetzt werden; bald trat der Exitus ein. Bei der anderen Pat. wurden 50 ccm verspritzt, ebenfalls ohne die geringste Besserung. Dabei stellt sich das Mittel sehr theuer (10 ccm = 10 M.).

(Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur in Breslau 6. XII 1901 — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 2.)

— **Heroin. hydrochloric. bei inoperablen Uteruscarcinomen** wandte Prof. Dr. J. Elischer (Budapest) an, und zwar nach der Methode von Mirtl (Einlegen von Tampons, getränkt in eine Glycerinlösung 1:1000) in 6 Fällen. Bei 4 davon, wo noch die Reinigung der Krebsgeschwüre durch Curette und nachträgliches Verglühen möglich gewesen, bewährte sich der Herointampon (eingelegt  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde) ganz ausnehmend, indem er für 12—15 Stunden schmerzlindernd wirkte. Auch bei Schmerzen bei Reizung des Peritoneums (z. B. gonorrhöische Perimetritis, pelveoperitonitische und parametritische chron. Exsudate, Adnextumoren) war der Erfolg ein durchaus zufriedenstellender.

(Die Heilkunde 1902 No. 2).

— Zur Casuistik des **Lebercarcinoms im Kindesalter** führt Dr. E. Schlesinger (Strassburg) einen interessanten Fall bei einem 4jähr. Knaben an und zieht aus seiner Beobachtung und den in der Litteratur publicirten Fällen folgende Schlüsse:

1. Das primäre Lebercarcinom ist im Kindesalter *sehr selten*, ganz besonders in den ersten Lebensjahren.
2. Die leicht verfolgbare *Volumzunahme der Leber*, die im Allgemeinen um so höhere Grade erreicht, je jünger das Kind ist, bildet das hervortretendste Symptom.
3. Nach meist sehr raschem Verlauf mit Milztumor, Ascites, hochgradiger Kachexie, tritt, nicht selten unter Blutungen aus der Leber, der Tod ein; Icterus wurde dabei nie beobachtet.

4. Meist handelt es sich um den *knotenförmigen* Krebs: *Bindegewebswucherungen* sind gewöhnliche Begleiterscheinungen der Tumoren, fehlten aber im obigen Falle vollkommen.

5. Bei der Entstehung des primären Lebercarcinoms spielt das *Adenom* der Leber eine grosse Rolle. *Metastasen* in andere Organe sind *sehr selten*.

Auch der *secundäre* Leberkrebs ist im Kindesalter recht selten; er kommt am meisten nach Nierenkrebs vor und verläuft gewöhnlich symptomlos.

(Jahrbuch f. Kinderheilk. 1902. Bd. 55, Heft 3.)

— Ueber **Angiome und ihren Zusammenhang mit Carcinomen**

hat kürzlich Leser ein Urtheil abgegeben. Um dasselbe, das ja für Frühdiagnose und Frühoperation des Carcinoms eine sehr erfreuliche Perspective eröffnete, nachzuprüfen, veranlasste Prof. von Angerer (chirurg. Klinik München) die Untersuchung des Krankenmaterials durch Dr. Gebele. Es bestand aus 21 Carcinomen und 200 anderen Erkrankungen. Von ersteren war 11 mal die Untersuchung auf Angiome positiv, 10 mal negativ, bei den letzteren 86 mal positiv, 114 mal negativ. Von den 11 positiven Carcinomen überschritten 5 Pat. die Grenze von 50 Jahren, 6 blieben hinter dieser zurück, von den 86 Pat. standen 51 unter 50, 35 über 50 Jahren. Uebereinstimmend mit Leser konnte Autor aber feststellen, dass Angiome bei bejahrteren, über 50 Jahre stehenden Pat., gleichviel welche Erkrankung vorlag, in grösserer Anzahl sich vorfinden, als bei jüngeren. Diagnostisch zu verwerthen ist aber das Auftreten der Angiome nach des Autors Beobachtungen nicht; *keinesfalls lässt sich daraus ein Symptom für Carcinom construiren*. Die kleinen Geschwülstchen scheinen vielmehr eine Gewebsschwäche, die im Alter physiologisch ist, zum Ausdruck zu bringen, sie stellen also physiologische Degenerationsproducte dar. Das relativ häufige Zusammentreffen der Angiome mit einer Alterserkrankung wie dem Carcinom ist somit verständlich, und wird die Entwicklung derselben dadurch höchstens gefördert, nicht aber veranlasst! Dafür dass die Angiome als äusseres Zeichen von Gewebsrückbildung aufzufassen sind, spricht auch die Erscheinung, dass man ihnen

24\*

bei anderen T. ebenfalls begegnet: Autor prüfte 5 Sarkome und 6 gutartige T. und fand bei allen ausser einem Sarkom solche Angiome, bei diesem Sarkom aber zahlreiche Naevi pigmentosi. Mit der Annahme von Gewebsschwäche harmonirt schliesslich die Thatsache, dass gesunde Leute, blond und von hellem Teint, ohne Altersunterschied sehr oft Angiome und andere Hautveränderungen zeigen; auch Autor, 29 Jahre alt, hat an seinem Körper 5 Angiome und 41 Naevi pigmentosi, erfreut sich dabei der besten Gesundheit.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 4.)

**Ulcus cruris.** Crurin (Chinolinwismuthrhodanat), von M. Joseph empfohlen, wandte Privatdoc. Dr. v. Nott-haft (München) bei einem Falle von U. mit eclatantem Erfolge an. 70jähr. Pat. mit über 5 markstückgrössem, intensiv schmerzdem U., das seit einem Jahre von Autoritäten ohne jeden Erfolg behandelt war, keinerlei Heilungstendenz zeigte; Ränder verdickt, callös. Crurin (aa mit Amyl.) täglich unter gleichzeitiger Application eines Druckverbandes aufgedeut. Das Pulver erzeugte eine oberflächliche Nekrose (unter Schmerzen); das nekrotische Häutchen wurde immer wieder entfernt. Schon nach 4 Tagen begann Granulation und Epithelisirung, nach 4 Wochen war alles zugeheilt.

(Dermatologisches Centralblatt December 1901).

**Varicen.** Ueber V. als Unfallsfolgen lässt sich Dr. Schwarze aus, auf Grund seiner Erfahrungen eingedenk der Wichtigkeit dieser Frage. Schwach entwickelte V. machen ja allerdings wenig Beschwerden und werden für Rentenansprüche wenig in Betracht kommen, aber andererseits ist es oft auffällig, dass der sichtbare Grad der Entwicklung durchaus nicht der Höhe der geklagten Beschwerden proportional zu sein braucht. Ausserdem muss man sich doch auch vom Gesichtspunkte des Unfallgutachtens sagen, dass die gering entwickelten V. sich mit zunehmendem Alter verschlimmern und dann Grund zu Entschädigungsansprüchen werden können. Ferner ist der (dem Autor vorgekommene) Fall zu berücksichtigen, dass alle übrigen Unfallsfolgen z. B. eines Unterschenkelbruchs, verschwunden sein können und nun die Frage auftritt, ob die Rente abgesetzt werden

kann oder die natürlich nicht verschwindenden V. dauernd einer Entschädigung bedürfen. Stark entwickelte V. machen nicht nur durch sich selbst, sondern noch mehr durch ihre Folgezustände, die Ekzeme, Geschwüre, Schmerzen und Schwäche der befallenen Extremität so hohe Beschwerden, dass sie bei älteren Leuten einen hohen Grad von Erwerbsunfähigkeit bedingen können. Wenn dann in diesem Stadium noch die Frage des Zusammenhanges mit einem Unfall aufgeworfen wird, dann gehört die Beantwortung derselben zu den schwierigsten des gewissenhaften Gutachters. Die Entstehung der V. ist noch nicht völlig aufgeklärt. Dass jedoch die Blutstauung eine gewisse Rolle spielen muss, sieht Autor daraus, dass er unter vielen Hunderten von Strassenbahnschaffnern kaum einen kennt, der nicht nach etwa 10jähr. Dienstzeit V. hat. Auch bei anderen Berufen mit andauerndem Stehen ist Aehnliches constatirt. Ueber den Einfluss von Unfällen ist wenig bekannt. Am meisten hat sich P. Wagner an der v. Lesser'schen Poliklinik damit befasst, dessen Erfahrungen mit denen des Autors übereinstimmen. Letzterer kann dessen Folgerungen aber noch erweitern und ergänzen. Denn Schwarze versucht seit Jahren, Fälle von V. nach Unfällen weiter zu beobachten; indem er so die Continuität von der ursprünglichen Verletzung an bis zur Entwicklung definitiver Unfallsfolgen mit V. durch mehrere Jahre verfolgte, ist ein Zweifel des Zusammenhanges mit dem Unfall nicht gut möglich. Wagner's Schlüsse waren folgende:

1. V. als solche können durch ein Trauma nicht entstehen.
2. Vorhandene V. können die Folgen eines Unfalls schwerer gestalten.
3. Vorhandene V. können durch die bei der Behandlung nothwendigen therapeutischen Maassnahmen in ihrer Entwicklung beschleunigt werden. (Hierunter versteht Vf., dass durch längere Bettruhe oder Contentivverbände in der betroffenen Musculatur durch die Verlangsamung der Circulation ein Zustand von Inactivitätsatrophie hervorgerufen wird. Bestehen nun bereits V. in der Musculatur, die gleichfalls zur Atrophie derselben führen, so wird sich unter diesen Umständen dieselbe um so schneller und intensiver einstellen).



4. Die durch den Unfall beschleunigte Entwicklung der V. begünstigt in geeigneten Fällen die Entstehung des Plattfusses (seltener des Schweissfusses).

5. Bei der Beurtheilung des durch einen Unfall verursachten körperlichen Schadens resp. bei der Feststellung der Höhe der Erwerbsfähigkeit nach einem Unfälle dürfen vorhandene oder nach dem Unfälle im Verlaufe der Krankheit entstandene V. nicht etwa in Abzug gebracht werden, sondern müssen im Gegentheil als die Folgen des Unfalls erschwerende Momente in Betracht gezogen und in entsprechender Weise gewürdigt werden.

Wagner spricht also nur von Verletzungen, durch welche 1. die V. sich an dem *verletzten* Beine entwickelt haben, und 2. durch welche das später varicös entartete Glied direct getroffen worden ist. Schwarze hat nun aber auch Fälle beobachtet, in denen der Unfall gar keine directe Verletzung der Theile eines Beins bewirkt hat, an denen sich nachher allmählig die V. einfanden; ferner sah er 3 Fälle, in denen V. am anderen, gar nicht vom Unfall betroffenen Beine entstanden, resp. sich so verschlimmerten, dass er sie ebenfalls als Unfallfolgen ansprechen und bei der Rentenfeststellung mit in Betracht ziehen musste. Wie muss man sich in solchen Fällen die Ursachen der Varicenbildung vorstellen? Es ist bekannt, dass für den Rückfluss des venösen Blutes die Muskelbewegungen eine sehr erhebliche Rolle spielen. Bei einem längeren Krankenlager fehlen diese natürlich grösstentheils und der Tonus der Musculatur im Allgemeinen, speciell aber auch der Gefässmuskeln leidet erheblich. Ferner wird beim Aufstehen selbstverständlich für eine gewisse Zeit das erkrankte Bein geschont und das gesunde überanstrengt durch stärkeres Stützen auf dasselbe. Alle diese Umstände vermehren die Schwächung der Gefässmuskeln, bedingen eine gewisse Stockung des Blutstromes und führen durch die uns noch unbekannten Ursachen zu den erst passiven, dann activen Veränderungen, welche man schliesslich als „Krampfadern“ bezeichnet. Voraussetzung für diese Entstehungsart ist ein *längeres* Krankenlager (und könnte ein solches auch bei Verletzungen anderer Körpertheile als der Beine event. zu V. führen!), wobei man natürlich die „Länge“

nicht in absoluten Zahlen ausdrücken kann. Die kräftige Musculatur eines jungen Mannes, mit gesunden Blutgefässen, wird ohne erhebliche Schädigung ein sehr viel längeres Krankenlager aushalten, als die schlaffe Musculatur eines älteren Alkoholikers mit schon geschädigten Blutgefässen. Nach diesen Gesichtspunkten muss man in jedem Einzelfalle die Entscheidung treffen. Es taucht dann die weitere Frage auf, bis zu welchem Zeitraum nach einer Verletzung man denn später entdeckte V. mit derselben noch in ursächlichen Zusammenhang bringen soll? Es lässt sich z. B. folgender Fall denken: Ein Mann mittlerer Jahre zeigt etwa 3 Jahre nach einem Beinbruch, der etwa 2 Jahre lang eine Rente erforderte, V. vom früher verunfallten, sonst aber jetzt wieder gesunden Beine. Sind diese nun noch Unfallsfolgen oder wären sie auch ohne den Unfall entstanden? Noch schwieriger wird die Frage, wenn die V. nicht am verunfallten, sondern am anderen Beine auftraten. Es ist da sehr schwer, zu einer absoluten Beantwortung zu gelangen, doch kann man sich wohl durch folgende Erwägungen dabei leiten lassen. Es ist doch von vornherein sehr unwahrscheinlich, dass diese Zustände, die eine dauernde Schädigung resp. Veränderung der Gefässe darstellen, sich nicht schon zu einer Zeit gezeigt haben sollten, in der die Schwächung am stärksten war, also bald nach dem Aufstehen vom Krankenlager resp. in den ersten Perioden der wieder aufgenommenen Arbeit, dass sie also nicht erst auftreten, wenn sich die Musculatur schon wieder gekräftigt resp. sich wieder hergestellt hat. Nun sind ja allerdings *tiefe* V. sehr lange gar nicht zu diagnosticiren, solange sie noch in der Musculatur sitzen, aber andererseits sind denn doch wohl immer wenigstens einzelne derartige Bildungen auch in der Haut zu erkennen. Ohne deshalb auch hier ein bestimmtes Zeitmaass feststellen zu können, wird man doch sagen müssen, dass, wenn mehrere Jahre lang nach einem Unfall, der im Uebrigen keine weiteren Folgen hinterlassen hat, sich keine V. gezeigt haben, spätere nicht mehr als Unfallsfolgen aufzufassen sind. Bestehen noch nach Jahren Unfallsfolgen an einem Beine, welche Schwächezustände desselben bedingen, z. B. Muskelschwund, Hinken, Verkrümmungen etc., so wird man auch nach längeren

Zeiträumen auftretende V. als Verschlimmerungen des Unfalles ansehen müssen. Daraus folgt die praktische Consequenz, bei jeder Beinverletzung eine Notiz über etwa vorhandene V. aufzunehmen und bei jeder späteren Untersuchung bis zum Eintritt definitiver Verhältnisse wieder auf diesen Punkt zu achten, sodass die Continuität festgestellt werden kann, die auch bei späterer Beurtheilung dann die Schwierigkeiten aufheben wird. Zusammenfassend, zieht Autor also folgende Schlüsse:

1. Die Folgerungen Wagner's muss man festhalten und voll anerkennen.

2. Man muss die Wahrscheinlichkeit zugeben, dass V. auch Unfallsfolgen sein können, wenn gar keine *directe* Verletzung am Unter- oder Oberschenkel gesetzt worden ist.

3. V. können nach Verletzungen eines Beines auch am *anderen* entstehen, resp. können sich an diesem Beine schon bestehende V. so verschlimmern, dass sie bei der Rentenabschätzung berücksichtigt werden müssen. Bedingung dabei ist, dass die Verletzung ein längeres Krankenlager veranlasst hat, welches für die Schwächung des gesunden Beines verantwortlich gemacht werden kann. *Ohne* ein solches ist der Zusammenhang sehr zweifelhaft.

4. Nach *jeder* Beinverletzung muss der Gutachter auf etwa vorhandene V. oder auf Anlage dazu an *beiden* Beinen achten und den Befund verzeichnen. Bei jeder späteren Untersuchung ist dies zu wiederholen.

5. V. welche erst auftreten, nachdem alle anderen Unfallsfolgen verschwunden und normale Verhältnisse wieder eingetreten sind, kann man nicht mehr als Unfallsfolgen ansehen.

6. Solange noch nach einem Unfalle Folgen bestehen, die eine Schwächung des Kranken und somit eine Ueberanstrengung des gesunden Beines bedingen, wird man auch nach Jahren entstehende V. als Verschlimmerung der Unfallsfolgen ansehen müssen.

(Ärztl. Sachverständigen-Ztg. 1902 No. 5.)

## Vermischtes.

- **Reagenspapier zum Nachweis von Jod** stellt man sich nach G. Denigès und J. Sabrazès (Bordeaux) folgendermaassen her: Man löst in einer Porzellanschale 1 g Stärkemehl in 10 ccm kalten, destillirten Wassers auf und fügt, indem man umrührt, 40 ccm kochendes Wasser dazu, hierauf bringt man das Gemenge zum Kochen und lässt es 1 oder 2 Minuten kochen, indem man fortwährend rührt, hierauf lässt man abkühlen und setzt der so erhaltenen Flüssigkeit 0,5 g salpetrigsaures Natrium hinzu und nach Auflösung dieses Salzes und Umrühren bepinselt man mit einer Schichte dieses so zubereiteten Reactivs beide Seiten von starkem Schreibpapier, indem man Sorge trägt, die zuerst befeuchtete Fläche, sei es spontan in freier Luft oder viel schneller in einem Strom heisser Luft trocknen zu lassen, bevor man die andere Fläche mit der Nitro-Stärkeflüssigkeit bedeckt. Ist einmal die Trockenheit erzielt, so zertheilt man die Blätter in Streifen von 1—1½ cm Breite und 8—10 cm Länge und conservirt sie in Büchsen oder in Gläsern ohne weitere Vorsicht (die früheren Reagenspapiere waren ausserordentlich unbeständig, mussten vor Licht geschützt werden u. s. w., während dieses sich Monate lang hält, dem Licht ausgesetzt werden kann). Beim Gebrauch befeuchtet man dieses Papier mit der Flüssigkeit, in der man das Jod nachweisen will und man fügt mittelst eines Glasstäbchens einen Tropfen von einer dem Volumen nach 10 %igen Schwefelsäure hinzu. Die Sensibilität der Reaction ist derart, dass sie gestattet, bis zu  $\frac{1}{1000}$  eines mmg Jodkali in einem Tropfen der Lösung dieses Salzes nachzuweisen.

(Münchener medic. Wochenschrift 1901 No. 51.)

- **Zur Eröffnung retropharyngealer Abscesse bei Kindern** verwendet R. Gersuny mit Vorliebe die Lister'sche *Drainzange*, wobei man nicht, wie bei Benützung

stechender Instrumente, verlässliche Assistenz benöthigt. Es braucht bloss der Kopf des Kindes vorgeneigt gehalten zu werden. Man führt den mit einem Metallfingerling geschützten Zeigefinger in den Mund, setzt die Fingerspitze an den Punkt des Abscesses, wo man eröffnen will, und stösst dann unter Leitung des Fingers die Spitze der Drainzange durch die Abscesswand. Durch langsames Oeffnen der Zange erweitert man ganz allmählig die Oeffnung, sodass der Eiter ganz langsam ausfliesst und ein Einströmen in den Kehlkopf verhindert wird. Später kann man durch weites Oeffnen der Zange die Oeffnung in der Abscesswand ausreichend vergrössern.

(Wiener med. Doctoren-Collegium 2. XII. 1901. —  
Wiener med. Presse 1902 No. 1.)

- **Theervasogen** benützte Dr. J. A. Goldmann (Wien) bei einer grossen Anzahl trockener *Ekzeme* (1 mal tägl. auf-gepinselt), auch vernachlässigten Fällen; hartnäckigen Handekzemen, Kinderekzemen. Das Mittel bewährte sich auch bei einem Falle von *Pruritus ani*, wo andere Mittel versagt hatten, sodann bei den verschiedensten Formen der *Psoriasis*. Sehr gut von der Haut resorbirt, reactionslos selbst von empfindlichen Pat. und bei ausgedehnten Plaques vertragen, leistete es hier sehr gute Dienste; es wurden die afficirten Stellen im Bade kräftig mit Schmierseife abgerieben, dann auf die schuppenfreien Excoriationen tüchtig das Theervasogen eingepinselt, Zinkpuder übergestreut und trocken verbunden.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34. No. 3).

- **Jod- und Kreosotvasogen** hat Dr. A. Bernstein (Warschau) vielfach angewandt, und zwar bei 160 Fällen (106 mal innerlich, 54 mal äusserlich; bei 108 Fällen mit ausgesprochen günstigem Erfolge, bei 29 mit zweifelhaftem, bei 23 ohne Erfolg.) Jodvasogen wurde 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ig benützt, Kreosotvasogen 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>ig. Oft wurden äussere und innere Anwendung combinirt. Bereits 4 Stunden nach der äusserlichen Application des Jodvasogens war Jod im Urin nachzuweisen; manchmal verschwand es schon nach 5 Stunden wieder, manchmal etwas später. Gelegentlich konnte selbst bei wiederholten Einreibungen mit Jodvasogen Jod nicht nachgewiesen werden; wenn dann die, jedenfalls undurchdringlich gewordene Hautstelle

mit warmem Seifenwasser gründlich abgewaschen wurde, trat Jod im Urin auf. Selbst bei dauernder Anwendung von Jodvasogen trat nie Reizung der Nieren auf, das Mittel wurde auch sonst stets gut vertragen; bei Kreosotvasogen wurde stets über unangenehmen Geschmack im Munde geklagt, sowie über Beeinträchtigung des Appetits. Bei interner Medication des Jodvasogen beginne man mit 5 Tropfen 3 mal tägl. (in Milch nach dem Essen) und gehe allmählig bis 3 mal tägl. 20 Tropfen (60 Tropfen = 0,18 Jod). Extern reibt man es, ebenso wie Kreosotvasogen, 1—2 mal tägl. zu 3—5 g ein (oft gut erst Jodvasogen einzureiben, darüber warme Umschläge!) Intern wandte Autor *Jodvasogen* an bei Arteriosklerosis, Bronchitis, Gingivitis, Pleuritis, Rheumatismen, Scrophulosis, Lues, Myocarditis, Aneurysmen, Cirrhosis hepatis, Vomitus nervosus et gravidarum, Tumor lienis acutus, Rhachitis, *extern* bei Periostitis alveolaris, Gingivitis, Pleuritis, Rheumatismen, Gonitis, Tendovaginitis, Ulcera, Epididymitis, Arthritis gonorrhoeica, *Kreosotvasogen* bei beginnender Phthisis und anderen tuberculösen Affectionen (es wirkte hier oft in hohem Grade schmerzstillend). Im Allgemeinen waren die Erfolge mit Kreosotvasogen nicht so zufriedenstellend, als die mit Jodvasogen. Genaue Specification: 108 mal ausgesprochener Erfolg, und zwar bei *Pleuritis exsudativa* (27), *Pleuritis sicca* (13), *Bronchitis chronica* (18), *Rheumatismus articulatorum* (20), *Myocarditis* (3), *Vomitus gravidarum* (3), *Periostitis alveolaris* (5), *Gonitis* (6), *Gingivitis* (4), *Ulcera cruris* (5), *Epididymitis* (4). 29 mal zweifelhafter Erfolg, und zwar bei Arteriosklerosis (8), Bronchitis chron. (3), *Aneurysmen* (4), Rhachitis, Scrophulosis (7), Rheumatismus chron. (7). 23 mal kein Erfolg, und zwar bei Vomitus nervosus, Tumor lienis, Tendovaginitis, Periostitis tuberculosa, Cirrhosis hepatis. Autor resumirt:

1. Das Jodvasogen als eine Auflösung reinen Jods hat gegenüber anderen Jodpräparaten entschieden Vorzüge. Der Organismus verbraucht beim Jodvasogen keine Energie zum Zweck der Abspaltung des Jods aus seinen Verbindungen mit anderen Elementen, wie es beim Gebrauche von Kal. jod. oder Natr. jod. erforderlich ist. Dadurch, dass das Jod in den Vasogenen sich in freiem Zustande befindet, wird dessen schnelle und leichte

Resorption im Organismus wesentlich befördert, ausserdem wird die keineswegs indifferente Zuführung anderer Elemente, wie des Kalium und Natriums, vermieden.

2. Das Jodvasogen dringt schnell in die tieferen Schichten der Oberhaut, wird schnell aus dem Organismus eliminirt. Ein Ueberschuss lässt sich von Haut und Schleimhäuten bequem entfernen.

3. Jodvasogen wird gut vertragen; es reizt auch die Haut nicht und erzeugt keinen Schnupfen.

Aehnlich verhält sich auch Kreosotvasogen, wenn auch dessen Wirkung weniger hervortritt. Jedenfalls stellen die Vasogene eine werthvolle Bereicherung unserer Therapie dar.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 2.)

- **Argent. colloid. Credé bei septischen Erkrankungen** *intravenös injicirt* hat Dr. J. Müller (Bütow) und damit so prompte Erfolge erzielt, dass er das Mittel jetzt bei diesen Affectionen mit demselben Vertrauen injicirt, wie das Serum bei Diphtherie. Es handelt sich um 30 Fälle (Erysipel, Panaritium, Phlegmone, Pneumonie, Meningitis, acuter Gelenkrheumatismus, Mastitis, Perimetritis etc.). Fast regelmässig trat 1—4 Stunden nach der Injection Schüttelfrost ein, sonst wurden tüble Zufälle nie bemerkt, obwohl Autor ziemlich hohe Dosen injicirte (von 1%iger Lösung Erwachsenen 5 g, einem 5jähr. Kinde 2,5 g, einem 12jähr. 4 g u. s. w.); manchmal genügte *eine* Injection, meist musste noch eine zweite applicirt werden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 11.)

- Einen **Beitrag zur Xeroform-Therapie** liefert Dr. Pfeiffenberger (Leopoldstädter Kinderspital Wien). Bei *Verbrennungen* trat die schmerzlindernde und auffallend rasch zur Heilung führende Wirkung des Mittels hervor; die secretionsvermindernde und desodorisirende zeigte sich in eclatanter Weise bei 4 schweren *Verletzungen* (z. B. Zermalmung eines Unterschenkels durch Dreschmaschine, vollständige Abschälung der Weichtheile eines Fusses durch Ueberfahrenwerden). Endlich leistete Xeroform bei einer Reihe von chron. oder acuten, stark secernirenden *Ekzemen* vorzügliche Dienste, indem auffallend rasch Secretionsverminderung und Ueber-

häutung eintrat. Nie kamen unangenehme Nebenerscheinungen zur Beobachtung.

(Wiener med. Presse 1902 No. 10.)

- Die **Verabreichung von Jod in Brot** empfiehlt Dr. A. Hasenfeld (Budapest). Toulouse und Richet fanden bekanntlich, dass man schon mit kleinen Dosen von Brom frappante Heilerfolge erzielen kann, wenn man zugleich mit der eingeführten Nahrung das Chlor stark reducirt. Die auffallend günstigen Erfolge der chlorarmen diaetischen Heilmethode bestätigte Bálint bei schweren Epileptikern. Autor möchte nun die *chlorarme Diaet auch bei Einverleibung von Jodsalzen* anregen in der Meinung, dass *dann der Organismus auch gegenüber dem Jod empfänglicher* ist, als bei der gewöhnlichen Diaet. Bálint gab seinen Epileptikern ausser Milch, Butter, Eiern und Obst auch Brot, in letzterem aber das Kochsalz durch Bromsalze substituierend und so zweierlei erreichend, nämlich den Pat. eine chlorarme Nahrung zu geben und die Bromsalze in angenehmer Form. Diesen Weg verfolgend, liess Autor Brötchen backen\*) und jedem einzelnen statt Kochsalz 0,5 g Jodnatrium beimischen, das, wie Untersuchungen zeigten, durch das Backen nicht verändert wird. Am besten lässt man diese Brötchen möglichst frisch essen (am besten mit Milch, wobei sie gern genommen werden), und zwar täglich 2—3 Stück (1—1½ g Jodnatrium). Autor gab dieselben 15 Pat. (mit Emphysem, Arteriosklerosis, Stenocardie, Asthma etc.). Jodismus trat nie ein. Ob das Jod so rascher und sicherer wirkt, diese Frage will Autor, obwohl seine Erfolge gute waren, noch nicht beantworten, dazu müssten erst Fälle von Syphilis herangezogen werden. Jedenfalls ist diese Form des Versuches durchaus werth.

(Ungar. med. Presse 1902 No. 2.)

## Bücherschau.

- Roth's **Klinische Terminologie** hat bereits weite Verbreitung bei den Collegen gefunden. Beweis dafür ist, dass das 1878 zum 1. Male erschienene Buch jetzt bereits in 6. Auflage vorliegt (erschienen bei G. Thieme, Leipzig).

\*) Hoffmann's Apotheke unter dem Namen „Jodopan.“



Der Bearbeiter dieser Neuauflage, Prof. Vierordt, hat den Inhalt nicht nur vermehrt, sondern allenthalben verbessert, sodass das vortreffliche Nachschlagewerk voraussichtlich sich viele neue Freunde erwerben wird. — In gleichem Verlage erschien in 2. Auflage P. Meissner's **Mikroskopische Technik der ärztl. Sprechstunde**. Auch hier hat sich der Autor angelegen sein lassen, das Buch auf der Höhe der Zeit zu erhalten; zahlreiche Verbesserungen, Einfügung mehrerer ganz neuer Capitel und von 32 zum Theil farbigen Abbildungen, verschiedene Anordnungen zur Erhöhung der Uebersichtlichkeit des Inhalts werden sicherlich dazu beitragen, das schön ausgestattete Werkchen noch beliebter zu machen, als es bereits geworden ist.

- In einem 240 S. starken Buche **Die Altersveränderungen und ihre Behandlung** (Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) bietet Dr. Fr. Friedmann einen dem Praktiker gewiss sehr willkommenen Grundriss der Lehre von der Altersinvolution in ihren Beziehungen zur Physiologie, Pathologie und Therapie. Wir besitzen einen solchen in unserer Litteratur noch nicht und sind dem Autor dankbar dafür, dass er das wichtige Thema so genau und übersichtlich nach allen Richtungen hin beleuchtet und damit eine vortreffliche Basis für unsere ärztliche Thätigkeit in der Praxis geschaffen hat. Das Buch zerfällt in drei Hauptabschnitte: die Altersinvolution des Gesamtorganismus, die Altersinvolution der einzelnen Organe, die Behandlung der Altersinvolution. Alle 3 Capitel sind höchst lesenswerth und bringen eine Fülle von interessanten Beobachtungen und Darlegungen. Der Leser wird das Buch sehr befriedigt aus der Hand legen und oft wieder nach ihm greifen, um sich Rath und Belehrung zu holen. — Der bekannte Psychiater Prof. Sommer giebt im gleichen Verlage jetzt **Beiträge zur psychiatrischen Klinik** heraus, von denen Bd. I Heft 1 erschienen ist (Preis: M. 2). Es enthält eine Einleitung: „Zur weiteren Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie“ und einen 2 Aufsatz: „Zur Diagnostik und chirurg. Behandlung des Hydrocephalus intern. und der Kleinhirntumoren“ vom Herausgeber, sowie „Der Einfluss des Alkohols auf motorische Functionen des Menschen“ von Alber. Also auch der

prakt. Arzt dürfte, nach dem Inhalt dieses Heftes zu schliessen, von diesen — zwanglos erscheinenden — „Beiträgen“ erheblichen Nutzen ziehen.

- Der überaus rührige Verlag von J. F. Lehmann (München) hat zu gleicher Zeit wieder 3 neue **Medicin. Handatlanten** herausgegeben: Bd. 26. *Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie* von Privatdoc. Dr. J. Sobotta, mit 80 farbigen Tafeln und 68 Textabbildungen (Preis: M. 20), Bd. 27. *Atlas und Grundriss der Psychiatrie* von Privatdoc. Dr. Weygandt, mit 24 farbigen Tafeln und über 200 Textabbildungen (Preis: M. 16) und Bd. 28. *Atlas und Grundriss der gynaekologischen Operationslehre* von Privatdoc. Dr. O. Schäffer, mit 42 farbigen Tafeln und 21 Textabbildungen (Preis: M. 12). Alle 3 Werke sind wieder ganz ausgezeichnet gelungen, und wenn man die psychiatrischen Patienten vor sich sieht, wenn man einen Blick auf die Darstellung der gynaekologischen Operationen wirft, so glaubt man, diesen Kranken direct gegenüberzustehen, der Operation persönlich beizuwohnen. Kein Wunder, dass diese plastischen Bilder dem Gedächtnisse fest haften bleiben, dass sie uns viel mehr sagen, als es noch so beredte Worte vermögen. Trotzdem müssen wir den jedem Buche beigegebenen Text dankbar begrüßen; stellt er doch gewöhnlich ein ganz kurzes, aber durchaus klares Lehrbuch der betreffenden Disciplin dar, das die Abbildungen aufs beste ergänzt. Auch die „Grundrisse“ in den eben erschienenen Bänden verdienen alles Lob, auch sie werden dem Leser die besten Dienste leisten.

- Lorenz' **Praktischer Führer durch die gesamte Medicin**, ein Werk, dessen 1. Lieferung kürzlich erschienen ist (bei B. Konegen, Leipzig), wird dem Praktiker, speciell dem beschäftigten Landarzt sehr willkommen sein. Mit grossem Geschick versteht es der praktisch sehr erfahrene Autor, in kurzen Zügen ein Bild jeder Krankheit zu geben, Aetiologie, Symptomatalogie, Prognose, Therapie mit markigen Sätzen zu fixiren. So wird — das kann man schon aus dem 1. Heft ersehen — das Werk, welches in 10 Lieferungen (à M. 2) complet sein soll, ein vortreffliches Nachschlagebuch werden, in dem sich

der Arzt rasch Rath holen wird in allen Fragen, die ihm bei der Beurtheilung eines Krankheitsfalles aufstossen, in dem er alles rasch und sicher finden wird, was seinem Gedächtnisse momentan entschwunden ist. Besonders die therapeutischen Abschnitte erscheinen, wie es ja auch bei einem solchen Buche Erforderniss, recht eingehend bearbeitet, sind mit zahlreichen Receptformeln versehen und übergehen die noch nicht völlig erprobten Mittel und Methoden. So wird das Werk thatsächlich seinen Zweck, ein „praktischer“ Führer zu sein, vollständig erfüllen.

— **Praktische Winke für die Diabetes-Küche** hat Dr. W. H. Gilbert in einem gleichnamigen Büchlein (Verlag „Medic. Woche“, Berlin) zusammengefasst, um der Hausfrau, der Köchin, sowie dem Arzte selbst zu sagen, wie man Diabetikern eine zweckmässige und abwechslungsreiche Kost bieten kann. Dass wir Aerzte in gewissem Sinne auch Köche sein müssen, dass wir als gute Therapeuten in die Geheimnisse der Kochkunst, in die Details der Speisenzubereitung eindringen müssen, darüber sind wir uns heutzutage völlig klar. Und da gerade bei Diabetes unsere ärztlichen Bemühungen speciell der Diät gewidmet sein müssen, werden wir nur dann wirkliche Erfolge erzielen können, wenn wir die Diabetes-Küche durchaus beherrschen. Gilbert's kleines Werk stellt hierbei einen vortrefflichen Führer dar, welcher allgemeine Verbreitung verdient und jedenfalls auch sehr bald gefunden haben wird.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 9.**

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**Juni**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Aktinomykosis.** Einen Fall von A. der Haut behandelte Dr. J. Kucera (Brannowitz). Als „Hautaktinomykosis“ kann man nur solche Fälle bezeichnen, in denen die Infection durch Einpflanzung des Pilzes in eine Hautwunde zu Stande gekommen ist. Kommt das auf solche Art erkrankte Individuum rechtzeitig in Behandlung, dann bleibt der Process auf die Haut beschränkt; bei Vernachlässigung kann die A. aber in tiefere Organe eindringen. Zieht man in Betracht, dass der Strahlenpilz auf dem Getreide, vorzüglich auf den Grannen der Gerste und des Hafers domicilirt, dass die Sporen höchstwahrscheinlich zugleich mit dem Korne der Mutterpflanze reif und fortpflanzungsfähig werden, dass ferner die Landarbeiter sowohl zur Zeit der Ernte, als auch sonst meist nicht nur das reife Getreide, sondern

auch das Stroh und sonstige Producte desselben fast stets mit nackten Armen angreifen, und dass endlich die Haut an Händen und Armen der Landarbeiter fast stets kleine Abschürfungen und Wunden aufweist, dann ist es doch auffallend, dass A. der Haut so selten ist; es ist nur so zu erklären, dass gerade solche Leute sich durch Indolenz auszeichnen und sich nur spät entschliessen, einen Arzt aufzusuchen, also zu einer Zeit, wo es sich nicht mehr um reine A. der Haut handelt. In vorliegendem Falle war es anders. Der 28jährige Ochsenknecht zeigt an der linken Halsseite, etwa 2 querfingerbreit unterhalb des Kieferwinkels beginnend und nach unten sich ausdehnend, einen flachen Tumor, annähernd oval, etwa 5 cm lang und 4 cm hoch, d. h. breit, dessen grösster Theil die den linken Kopfnicker deckende Haut durchsetzt. Der Tumor erhebt sich wenig über das Niveau der Umgebung; Oberfläche grobhügelig, Rand vielfach gebuchtet und rundlich gezackt; umgebende Haut bis nahe an den Tumor normal, auf dem Tumor selbst dunkelroth. Der präzise auf die Haut beschränkte Tumor macht nur geringe subjective Schmerzempfindungen; solche treten erst ein, wenn man den brettharten Tumor energisch angreift. Pat. giebt an, dass er vor 2—3 Wochen beim Rasiren sich geritzt habe; die Wunde sei nicht verheilt, sondern habe sich vergrössert, bis daraus der jetzige Tumor entstand. Aus Mangel einer bestimmten Diagnose verordnete Autor zunächst nur Ung. plumb. acet. Nach 3 Tagen hatten sich Abscessen entwickelt, je in der Mitte fast aller Knoten, aus welchen der Tumor zusammengesetzt schien. Der durch Eröffnung gewonnene Eiter zeigte mikroskopisch zahlreiche Fäden, aber nur spärliche Aktinomycesdrusen. Die Localisation des Processes in der Haut blieb stationär. Nachdem der Versuch, durch Scarification und Ichthyolbehandlung Heilung zu erzielen, nach mehr als 14 Tagen keinen Erfolg zeigte, entschloss sich Autor, Jodkali ins Parenchym des Tumors zu injiciren. Möglichst nahe der Basis des vorher sorgsam abgewaschenen Tumors wurde die Nadel der Pravazspritze beinahe ganz eingestochen und so dann unter allmählichem Hervorziehen der Nadel bei mässiger Druckanwendung 2 ccm folgender Lösung injicirt:

Rp. Acid. salicyl. 0,06

Kal. jod. 4,0

Aq. dest. 20,0

darauf Bedeckung mit einer von Ichthyolvasogen durchtränkten und einer zweiten, trockenen Watteschicht, darüber Billrothbattist, welcher Verband 4 Tage liegen blieb, dann Abnahme, Reinigung des Tumors, die gleiche Injection in die nächste Nachbarparthie. Nach 6maliger Injection Heilung. Diejenige Parthie, in welche zuletzt injicirt worden war, zeigte schon beim nächsten Verbandwechsel, also nach 4 Tagen deutliche Besserung; die in dem Bereiche derselben gelegenen Knoten reinigten sich durch Eiterung, neue Knotenbildung unterblieb, und nach 12—14 Tagen war die durch die Injection behandelte Parthie zu normaler Haut zurückgebildet. Per os wurde nichts ordinirt, im Ganzen 12 ccm jener Lösung (= 2,4 g Jodkali) injicirt. Dauer der Behandlung, während welcher Pat. ungestört seinem Berufe nachging, 4 Wochen, die ganze Krankheitsdauer (seit der muthmaasslichen Infection) 10 Wochen. Die Injectionen waren recht schmerzhaft, doch wirkte das Ichthyolvasogen schmerzstillend und abkühlend. Heilung ist vollkommen; keine Narbenzerrung, bisher (fast 1 Jahr) kein Recidiv. Eine Exstirpation hatte Autor nicht vorgenommen einmal wegen der schwierigen Deckung des event. Hautdefects, dann auch, um den Pat. nicht für einige Zeit arbeitsunfähig zu machen. Aetiologisch ist noch bemerkenswerth, dass Pat. auch die Fütterung seines Ochsespannes besorgte, dazu Heu und Stroh vom Magazin in seinen Armen holte; von dem Gespanne erkrankte ein Ochse gleichfalls an A. (des Unterkieferknochens).

(Wiener med. Presse 1902 No. 13.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Alkohol

zur Desinfection und zur Verhütung des Anlaufens des laryngo-rhinoskopischen Spiegels empfiehlt Dr. Heschelin (Odessa). Den 96 %igen Spiritus wandte Autor schon lange als das geeignetste Mittel zum Abspülen seiner Spiegel vor und nach dem Gebrauche an. Als er aus Versehen manchmal den Spiegel, ohne ihn vorher abzuwischen und ohne zu erwärmen, direct mit Spiritus befeuchtet, einführte, bemerkte er, dass die

25\*

Oberfläche nicht anlief. Darauf überzeugte sich Autor weiter, wie bequem es ist, mit dem Spiritus zu arbeiten. Er taucht mehrere Spiegel in letzteren ein und gebraucht sie nur vorsichtig abgeschüttelt, dass kein Tropfen hängen bleibt. Die Oberfläche des Spiegels ist lichter, als die trockene. Der Spiritus bedeckt den Spiegel gleichmässig, desinficirt das ganze Instrument und verdirbt es gar nicht. Der benützte Spiritus geht nicht verloren, er kann nachher als Brennmaterial dienen.

(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1902 No. 2.)

— In einem Vortrage: **Der Alkohol als Händedesinfectionsmittel**, in welchem R. Schäffer (Berlin) die Resultate genauer Erwägungen, Untersuchungen und Experimente mittheilt, kommt derselbe zu folgenden Schlüssen:

1. *Die bei weitem besten Erfolge giebt die Heisswasser-Alkohol-Methode.*

2. Ihr am nächsten kommt die Mikulicz'sche Seifenspiritus-Methode.

3. Die Antiseptica sind ausnahmslos nicht im Stande, eine befriedigende Keimarmuth der Hände zu erzeugen.

4. Unter diesen Antiseptica nehmen Lysoform und Chinosol die tiefste Stelle ein.

5. Die Waschung mit Schleich'scher Marmorseife giebt genau so ungenügende Resultate wie die einfache Heisswasser-Seifenwaschung.

Autor empfiehlt also am meisten die Heisswasser-Alkohol-Methode, und zwar in folgender Ausführung: 5 Minuten langes intensives Waschen in überheissem Wasser mit Schmierseife und sauberer Bürste. Hierauf Benützung des Nagelreinigers und energisches Abreiben der Hände an einem sterilen Tuch (in Ermangelung desselben event. frisch aus dem Wäscheschrank entnommenes Handtuch). Alsdann 3 oder besser 5 Minuten langes Bürsten in Alkohol, am besten unter Erneuerung desselben. Schliessliches kurzes Abspülen der in Alkohol gewaschenen Hände in einer zweifellos sterilen Lösung (z. B. einer 1 promill. Sublimatlösung) gewiss von Vortheil.

(Berliner med. Gesellschaft, 12. II. 1902. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 9/10.)

— **Antisputol**, ein *desinficirendes Spucknapfpulver*, empfiehlt Dr. Gertler (Hygien. Institut Krakau). Die Füllung

der Spucknäpfe mit flüssigen Antiseptics hat verschiedene Nachtheile (Umschütten, Verflüchtigung, Gefahr für Kinder etc.), die vermieden werden bei Benützung eines Pulvers. Antisputol, dargestellt aus Torfmull, Kupfersulfat, Formalin und ätherischen Oelen, saugt leicht Sputa auf, desodorisirt dieselben, macht deren Zersetzung unmöglich und tödtet alle darin enthaltenen Mikroben ab. Wie Versuche zeigten, wurden Staphylokokken, Streptokokken, Diphtheriebacillen, Typhus- und Tuberkelbacillen, Choleravibrionen, Pneumokokken etc. vollständig vernichtet, sodass bei Benützung des Pulvers eine Verbreitung ansteckender Krankheiten durch Sputa unmöglich wird.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 11.)

— **Jodylingaze** ( $7\frac{1}{2}\%$ ) benützte Dr. E. Israel (Berlin) in seiner chirurgischen Praxis. Jodylin (jodsaliicylsaures Wismuth) ist ein *vollkommen geruchloses*, gelbliches Pulver. Die Gaze wurde statt der Jodoformgaze bei aseptischen Wunden (nach Operationen), sowie bei eiternden angewandt. In beiden Fällen vermisste Autor keinen der Vorzüge, die wir an der Jodoformgaze schätzen, wohl aber die Nachtheile der letzteren. So sah er nie bei der Jodylingaze, welche saubere Wunden aseptisch hielt, andererseits die Säuberung septischer beförderte, Intoxicationserscheinungen, *nie ein Ekzem*. Wie Autor das Jodoformpulver selten benützt, so applicirte er auch Jodylinpulver nur selten, nur da, wo eine frisch gesetzte Wunde durch Excrete leicht benetzt wird (z. B. bei Phimosenoperation), hier auch mit gutem Erfolge. Bei tuberculösen Affectionen konnte Autor keine Erfahrungen sammeln, er vermag daher nicht zu sagen, ob Jodylin völlig das Jodoform ersetzen kann. Wohl aber kann er schon jetzt aussprechen, dass Jodylin eine werthvolle Bereicherung für den Arzneyschatz des prakt. Arztes darstellt.

(Die medic. Woche 1902 No. 13.)

**Cholelithiasis.** Ausspülungen des Magens mit **Höllensteinlösung** sind nach Dr. Fr. Ehrlich (Stettin) ein *wirksames Cholagogum*, und zwar bei allen schwereren Fällen von *chron. Cholangitis* und bei Ch., besonders dann, wenn sie mit Cholangitis oder Cholecystitis com-



plicirt sind. Die Contraindicationen sind dieselben wie bei jeder Magenausspülung. Da eine Höllensteinspülung 10—15 Minuten dauert und eine etwa zurückbleibende grössere Portion der Lösung eine schwere Vergiftung bewirken würde, muss man in vorausgehenden Sitzungen mit Wasserspülungen die Pat. so lange einüben, bis man sicher ist, die Höllensteinspülung zu Ende führen zu können. Zunächst wird der Magen des zweckmässig nüchternen Pat. mit 40—50° C. heissem Wasser ausgespült, bis das Spülwasser klar abfliesst. Sodann giesst man  $\frac{1}{2}$  Liter einer Lösung 1:1000 Arg. nitr. von 40—50° C. in den Magen, lässt sie  $\frac{1}{2}$ —2 Minuten einwirken und dann zurücklaufen. Man wiederholt dieselbe Procedur noch einmal und spült schliesslich mit 40—50° C. heissem Leitungswasser so lange nach, bis dasselbe nicht mehr milchig getrübt zurückkommt. Daneben giebt man zweckmässig eine ähnliche Diaet, wie bei chron. isolirten Dünndarmkatarrhen: gehacktes, mageres Fleisch, Eigelb, frische Butter in grösserer Menge und heisse Getränke, wie Suppen, Thee, Cacao, und nach Koliken leichte Abführmittel. Nach der Spülung dürfen die Pat. sofort essen. Die Spülung verläuft schmerzlos, doch greift sie manchmal die Nerven an, sodass dann 1—2 tägige Pausen nothwendig werden. Der Heilungsprocess verläuft meist in folgender Weise: Nach einigen Spülungen tritt unter mehr oder minder grossen Beschwerden eine stärkere Schwellung der Leber auf, die einige Zeit anhält. Zuweilen ist die Schwellung so stark, dass eine vorübergehende Compressionsstenose des Pylorus entsteht, dass man also in dem sonst nüchternen stets leeren Magen nicht unerhebliche Speisereste findet. Nach einigen weiteren Spülungen treten durch einige Tage hindurch, während derer man die Spülungen ruhig fortsetzt, reichliche grasgrüne, meist schmerzlose diarrhoische Stühle auf, die bei Ch. mitunter Gallensteine mit sich führen. Unter diesen Gallediarrhoeen verschwindet nach einigen Tagen die Leberschwellung und mit ihr die Beschwerden. Zuweilen geht die Leberschwellung nach dieser ersten Galleeruption nicht genügend zurück; man muss dann die Spülungen fortsetzen, bis man schliesslich zu einem befriedigendem Resultat kommt. Naturgemäss wird bei Ch. die Aussicht auf Abgang von Steinen um so grösser

sein, je kräftiger der Druck ist, unter dem die Galle-eruption erfolgt. Der Druck ist aber am stärksten, wenn von vornherein die Leber oder Gallenblase stark mit Galle gefüllt sind, also wenn die Ch. mit Cholangitis oder Cholecystitis complicirt ist. Die Erklärung für die Wirkung der Spülungen sucht Autor in chemischen, mechanischen und thermischen Momenten. Dass letztere eine Rollespielen, zeigen die Carlsbader Curen. Mechanisch massirend auf Leber und Gallenblase wirkt die Spülung durch das abwechselnde Füllen und Entleeren des Magens. Während die Spülungen im Magen weilen, geht ferner eine kleine Portion des Höllensteins durch den Pylorus ins Duodenum (Beweis: Durchfälle, die nachher früher oder später stets auftreten) und fließt somit an der Papilla duodenalis vorbei. Dabei übt das Arg. nitr. einen Reiz auf die Schleimhaut der Ausführungsöffnung des Ductus choledochus aus. Die Schleimhaut schwillt an, wodurch einerseits die Ausführungsöffnung enger wird, andererseits aber reflectorisch eine starke Gallensecretion hervorgerufen wird (Beweis: Die Leber schwillt rasch und stark an). Die Wiederholung des Reizes steigert zunächst noch die Schwellung der Schleimhaut an der Papille und somit auch die Verengerung der Ausführungsöffnung des Choledochus und die reflectorische Gallensecretion. Bald aber ist die Schleimhaut an die Höllensteinwirkung gewöhnt, es tritt ein Abschwellen der Schleimhaut ein. Die unter starkem Druck stehende Galle strömt durch die wieder weit gewordene Ausführungsöffnung ab; es kommen die Gallediarrhoeen, wobei durch den Gallenstrom Gallensteine mitgerissen werden. Um zu beweisen, dass der Höllensteinlösung als solcher, unabhängig von der Spülung, cholagogische Wirkung zukommt, gab Autor 8 Pat. Arg. nitr. per os (von einer Lösung 0,2:200,0 3 mal tägl. 1 Esslöffel). Bei 5 Pat. volle Wirkung: Leberschwellung und Galleeruption; bei 2 Pat. stärkere Leberschwellung ohne Eruption. Von den 5 zunächst geheilten Pat. blieben 2 seit zwei resp. 9 Monaten recidivfrei, die Anderen bekamen Recidive nach 1, 2, 8 Monaten. Aber die Application per os hat, abgesehen von ihrer viel unsichereren Wirkung (s. unten), gegenüber den Spülungen, bei denen eben noch mechanische und thermische Momente hinzu-

kommen, den Nachtheil, dass sie viel unangenehmer empfunden wird, den Appetit raubt, etc. Mit Spülungen wurden 22 Pat. behandelt: 8 mit Ch., 14 mit chron. Cholangitis. Von den 8 mit Ch. gingen bei 3 Steine ab, 6 im Ganzen blieben recidivfrei (seit 1, 8, 9, 11, 13, 13  $\frac{1}{2}$  Monaten), 2 bekamen Recidive (nach 1 und 6 Monaten). Von den 14 Cholangitiskranken blieben 8 recidivfrei (8, 9, 11  $\frac{1}{2}$ , 13, 13, 16, 18, 26 Monate), 5 bekamen Recidive (1, 2, 2, 8, 9 Monate), 1 Fall hatte keinen Erfolg. — Die Höllensteinspülungen lassen sich aber auch *diagnostisch* verwerthen, und zwar bei der *Differentialdiagnose Ch. und Carcinoma vesicae felleae*, wobei man gewöhnlich bei der allgemein stark geschwellenen Leber keine sicheren Palpationsresultate hat und in Folge dessen über Vermuthungen nicht hinaus kommt, wenn nicht andere Symptome (Oedeme, Ascites) die Diagnose sichern; dann aber ist es zum Eingreifen meist zu spät. Folgendes Beispiel: 41jähr. Frau, leidet seit 3 Jahren ab und zu an Anfällen von heftigem Magenkrampf. Seit  $\frac{1}{4}$  Jahr täglich mehrere Stunden Drücken und Brennen in der rechten Oberbauchgegend. Vor  $\frac{1}{4}$  Jahr Beginn des Leidens mit Gelbsucht. Abmagerung angeblich nicht erheblich. Herz und Lunge der nicht kachektisch aussehenden Frau ohne pathologischen Befund. Leber stark geschwellen, Tumoren oder Unebenheiten nicht nachweisbar. Gallenblasengegend druckempfindlich. Diagnose: Cholangitis, event. Ch. Nach 12 Spülungen war unter nur leichten Beschwerden und Galledurchfällen die Leber erheblich abgeschwellen, und nunmehr war sehr deutlich ein harter, knolliger, perlschnurartig gestalteter Tumor in der Gallenblasengegend zu palpieren. Die Operation bestätigte die nunmehr gestellte Diagnose: Carcinoma vesicae felleae. — Das Arg. nitr. gilt seit langer Zeit als Heilmittel bei Ulcus ventriculi. In unzweideutigen Fällen von Magengeschwür hat Autor nie befriedigende Resultate vom Arg. nitr. gesehen, wohl aber bei Pat., bei denen die Diagnose nicht ganz einwandfrei zu stellen war. Bekanntlich wird auch häufig diagnostisch Ulcus ventriculi mit Ch. verwechselt, und umgekehrt. Da ist es wohl angebracht, zu vermuthen, ob nicht da, wo Arg. nitr. prompt wirkt, nicht ein Ulcus, sondern Ch. vorliegt. Und so haben wir im

Arg. nitr. vielleicht ein Mittel, um differential-diagnostische Schlüsse zu ziehen. — Autor hat noch 2 Fälle von Ch. nachträglich mit den Spülungen behandelt; bei dem einen gingen 3 erbsengrosse Steine ab, bei dem anderen, bei dem gleichzeitig schwere Cholecystitis bestand, 33 theils haselnussgrosse. Beide Male Heilung.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 14.)

- **Aphorismen zur Therapie der Ch.** giebt Dr. J. Boas (Berlin) zum Besten. Vielfach wird noch immer als Feldgeschrei der Therapie der Ch. bezeichnet: „Hie Carlsbad, hie Operation“. Das bedeutet aber einen bedauerlichen Rückschritt, eine grosse Unterschätzung der inneren Therapie, wenn man als einzigen Ausfluss derselben Carlsbad nennt, ebenso wie es eine Ueberschätzung der Chirurgie darstellt, wenn man in dem Messer das einzige Heil des Gallensteinkranken erblickt. Die innere Therapie hat allerdings bisher im Ganzen 2 Stadien berücksichtigt, das des Anfalls und das der unmittelbaren Folgezustände; mit dem Augenblicke, in welchem Pat. beide überwunden, war für ihn und den Arzt meist die Sache erledigt. Hierin liegt wohl der Hauptgrund der zahlreichen Misserfolge von Gallensteincuren. *Ch. ist ein exquisit chronisches Leiden, das weder durch eine 4wöchentliche Carlsbader Cur, noch überhaupt durch eine vorübergehende Cur beseitigt werden kann.* Es gehört hierzu vielmehr eine *dauernde Ueberwachung des Pat.*, die zu verhüten hat, dass er in den Zustand der neu aufflackernden Cholecystitis und Cholangitis kommt. Grosse körperliche und geistige Schonung, strenge Ueberwachung der Diaet, sowie des Stuhles sind unbedingt nöthig. Ein sehr geeignetes Mittel, die Ch. latent zu halten, besteht in der *protahirten, d. h. monatelangen Anwendung kleiner Dosen Carlsbader Wassers* (200—300 g pro die); Autor hat in zahlreichen Fällen solche Curen bis  $\frac{1}{2}$  Jahr lang mit grossem Nutzen durchgeführt. Betreffs der *Diaet* ist es von Wichtigkeit, die Pat. nie so zu ernähren, dass sie reichlich Fett ansetzen, indem die Erfahrung lehrt, dass Fettansatz die Tendenz zu Ch. begünstigt. Zweitens muss die Diaet solche Substanzen bevorzugen, welche stuhlbefördernd wirken, alles vermeiden, was Obstipation begünstigt. Pat. soll nie Abends spät

reichlich essen, da ein grosser Theil der Anfälle Nachts nach copiöser Nahrungsaufnahme zu entstehen pflegt. Frauen sollen nach der Mahlzeit das Corset ablegen oder wenigstens lüften! Wo entzündliche Schwellung der Leber vorhanden, mache Pat. Wochen und selbst Monate lang während der Nacht hydropathische Umschläge. Empfehlenswerth ferner, 3 mal tägl. je zehn Minuten lang ausgiebige Athembewegungen bei entblösster Brust und Bauch auszuführen. Mittelst einer derartigen, sorgfältig überwachten Behandlung gelingt es häufig, die Ch. jahrelang im Zustand der Latenz zu erhalten und beginnenden Attaquen vorzubeugen. Für *Massage* ist Autor nicht. Er verfügt über mehrere Fälle, bei denen die ersten Attaquen von Ch. in Curorten unmittelbar nach mehrmals applicirter Bauchmassage auftraten und dann jahrelang bestanden. In anderen Fällen waren Attaquen lange Zeit voraufgegangen. Die Latenz wurde in einem Falle durch eine wegen Adiposität vorgenommene Bauchmassage jäh unterbrochen. In einem Falle wurde trotzdem weiter massirt, worauf 2 sehr heftige Anfälle auftraten. Autor hat es sich deshalb zur Regel gemacht, Frauen, bei denen aus irgend einem Grunde Bauchmassage indicirt ist, nur dann zur Vornahme derselben zu rathen, wenn in der Anamnese keine Anhaltspunkte für Ch. vorliegen und auch nichts Objectives Ch. vermuthen lässt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 15.)

**Ephelides.** Zur Behandlung der Sommersprossen und Leberflecke schreibt Dr. E. Wegner: Die modernen dermatologischen Verfahren in der Behandlung derselben beruhen auf Application von theils Abschuppung hervorruhenden, theils unschädlichen depigmentirenden Mitteln. Die beiden unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirkung und Anwendungsart in Folgendem. Die wirkenden Bestandtheile der desquamativen Pasten sind reducirende Mittel, die die Epithelbildung befördern, also rascher eine Abschuppung hervorrufen. Von den zahlreichen hierhergehörigen Verfahren sei das von Unna hervorgehoben, der *Resorcin* anwendet, und das von Lassar, der eine *Naphtholschwefelpaste* benützt. Meine Erfahrungen hinsichtlich dieser beiden Verfahren kann ich in Folgendem zusammenfassen:

1. Das Resorcin bewirkt in 6 Tagen Schuppung. Ich verstehe darunter die Dauer der Cur, die rein eine Spitalsbehandlung ist oder zu Hause durchgeführt wird, nie ambulant. Der Kranke muss während der ganzen Zeit das Zimmer hüten. Die Naphtholschwefelcur dauert unter Anwendung von Salicylpflaster bei Nacht 3 Tage, sie geschieht ambulant, und braucht der Kranke nicht unbedingt zu Hause oder im Spital zu bleiben; vom 4. Tage angefangen, mit Beginn der Verfärbung der Haut, erfordert die Cur einen 4—5tägigen Aufenthalt im Spital oder zu Hause. Die Resorcincur ist also eine kürzere, demnach mehr empfehlenswerth.

2. Die Naphtholschwefelpasta wird tägl. 15 Minuten bis 1 Stunde lang (bei Nacht ist Salicylpflaster empfehlenswerth), die Resorcinpaste Tag und Nacht auf dem Gesichte gelassen, bequemer ist also die Naphtholcur.

3. Nach Resorcinanwendung in der vorgeschriebenen Zeit können wir eine, auf chemischer Reizung beruhende, neue Pigmentation bekommen; unter der Naphtholschwefelcur tritt diese Pigmentation mit Bestimmtheit bei einer länger als 1 Stunde dauernden fortwährenden Application auf; bei 15 Minuten bis 1 Stunde dauernder, täglicher Anwendung ebenderselben Pasta ist Pigmentation nicht zu beobachten. Das spricht für die Naphtholschwefelcur.

4. Das Resorcin verursacht am 1. Tage Mattigkeit, Schläfrigkeit, und schon in der 1. Nacht das Gefühl der Spannung der Haut; schon am 1. Tage wird die Haut des ganzen Gesichtes roth, bald braun; auf dem sich ablösenden Epithel sind die alten Pigmentationen sehr stark, intensiv braun bis schwarz, ja es kommen früher kaum oder überhaupt nicht sichtbare Flecke zum Vorschein, als Zeichen der Wanderung der Pigmentkörnchen vom Stratum spinosum nach aussen gegen das Resorcin zu.

Alle diese Symptome, die ja nichts Ernstes zu bedeuten haben, sind jedoch auf die (weiblichen) Kranken von unangenehmer, ja depressiver Wirkung. Demgegenüber verursacht die Naphtholcur nur langsam die eben erwähnten subjectiven und objectiven Symptome. bereitet also den Kranken stetig und langsam auf jene Vorkommnisse vor, was bei nervösen, furchtsamen Frauen

nicht hoch genug zu schätzen ist. Von diesem Standpunkte aus hat also das Naphthol den Vorzug.

5. Mit Resorcin ist die Lösung des Gesichtsepithels in seinem ganzen Umfang auf einmal leichter zu erreichen, als mit Naphthol; wir wählen also von diesem Gesichtspunkte aus das Resorcin.

6. Bei Hyperpigmentation giebt das Resorcin bessere Resultate, bei Comedo-Akne das Naphthol.

Von Depigmentatoren kommt das *Hydrogen. hyperoxyd.* und das *Chrysarobin* in Betracht. Das Hydrogen. peroxyd. empfiehlt man in Form von Salben (Lanolin), es wirkt jedoch nur bei langer Anwendung. Ich entfette vor der Application des Mittels das Gesicht durch Waschung mit warmer Seifenlösung — gut ist der Hebra'sche Spir. sapon. kalin. — und drücke dann den in die oxydirende Flüssigkeit getauchten Schwamm über den Fleck mehrmals aus. Bei empfindlichen Pat. lege ich vorher eine 3—4 schichtige Gaze auf die Haut. Was das Chrysarobin anbelangt, so steht es seit Kurzem in Anwendung. Ich verwende es in Salbenform ( $\frac{1}{4}$  0/0), kann mich jedoch weder pro noch contra äussern. Sicher ist es, dass es depigmentirt. Seine Anwendung erheischt wegen der Nebensymptome Vorsicht.

Sollen wir nun die Wahl zwischen den Depigmentatoren und den Lepismatica treffen, so wähle ich meinerseits entschieden die letzteren. Der Erfolg ist ein rascher und schneller, und haben sie noch den Vorzug, dass sie ausser den Pigmentationen auch die anderen sogen. Unsauberkeiten der Gesichtshaut zum Verschwinden bringen.

(Ungar. med. Presse 1902 No. 4.)

**Erysipelas.** Ichthyol wendete Dr. W. Besdjetnoff seit Juni 1899 bei 43 Pat. in folgender Form an:

Rp. Ichthyol. 15,0

Acid. carbolic. conc. gtt. III.

Vaselin. 30,0

Die Salbe wird täglich eingestrichen, bis die Temperatur normal geworden, was gewöhnlich schon am 2. bis 3. Tage der Fall ist. Ueberhaupt heilten die Fälle (meist E. des Gesichts) schnell und ohne Zwischenfall, meist in einer Woche ab. — Sehr gute Dienste leistete Ichthyol auch bei *verschmutzten Wunden*.

Autor lässt die Umgebung täglich damit bestreichen, die Wunden selbst mit Tinct. Jodi. Nie zeigte sich E. oder eine sonstige Complication. Ichthyol und Jodtinctur eignen sich endlich für alle Arten *Geschwüre* (ausser tuberculösen), sogar für alle *Ulcera cruris*, die dabei rasch heilen.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 3.)

- Die **Behandlung des E. mit Rothlicht** hat Dr. H. Krukenberg (Städt. Krankenhaus Liegnitz) seit 1 Jahr durchgeführt, nachdem er sich ein „*rothes Zimmer*“ eingerichtet hatte, bei dem auf vollständigen Abschluss des weissen Lichtes grosse Sorgfalt verwandt wurde; Wände und Decke roth gestrichen, Fenster mit rubinrothem Glase versehen, das künstliche Licht durch einen Cylinder mit oberer und unterer Lichtklappe, ähnlich wie in photographischen Dunkelkammern, unschädlich gemacht, auch Vorräume, Closet, Bad, Corridor mit rothen Fenstern versehen. Sämmtliche 18 in diesem Zimmer behandelten Fälle wurden durch die Rothlichttherapie ausserordentlich günstig beeinflusst. Die durchschnittliche Fieberdauer betrug nur 2 Tage (7mal weniger als 1 Tag, 1 mal 1 Tag, 2 mal  $1\frac{1}{2}$  Tage, 2 mal 2 Tage, 3 mal  $2\frac{1}{2}$  Tage, 1 mal 6 und 1 mal 7 Tage), schwere Allgemeinerscheinungen fehlten stets, nie hob sich die Haut in Fetzen oder Blasen ab. Es wurde gegen das E. nichts weiter unternommen, als dass Pat. eben sofort ins rothe Zimmer kam. Die rothen Lichtstrahlen haben aber keine Heilwirkung, sondern sie sind es, die keinen schädigenden Einfluss ausüben, also *die Fernhaltung des schädigenden weissen Lichtes ist der therapeutische Factor*. Wir wissen, dass die chemisch wirksamen Sonnenstrahlen eine Entzündung der Haut, welche äusserlich dem E. nicht unähnlich ist, das Erythema solare, hervorbringen können. Und da können wir uns wohl, wie es Finsen thut, vorstellen, dass bei gewissen Erkrankungen die Empfindlichkeit gegen die Sonnenstrahlen ungemein gesteigert wird, oder dass umgekehrt die Sonnenstrahlen die Haut für das schädliche Agens einer infectiösen Dermatitis zu einem besonders empfindlichen Nährboden machen. Man könnte wohl annehmen, dass der eigenthümlich kriechende Fortschritt des E. durch die Einwirkung des Lichtes



befördert wird, dass das E. seine Neigung zum spontanen Erlöschen bei Ausschaltung des Lichtreizes besonders häufig hervortreten lässt. Aus dem Abschluss des Lichts liesse sich auch der Einfluss mancher bei E. angewandter, für Licht undurchlässiger Heilmittel (Ichthyol, Jodtinctur, Oelfarbenanstrich, Pflaster etc.) erklären und auch die Thatsache, dass das E. gerade an dem am meisten den Sonnenstrahlen ausgesetzten Gesichte aufzutreten pflegt, würde für einen schädlichen Einfluss des Lichtes sprechen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 13.)

### **Fracturen und Luxationen.** Einen Tragrahmen zur

**Behandlung der Oberschenkelfracturen kleiner Kinder** liess Dr. C. Stern (Düsseldorf) anfertigen\*). Bei der verticalen Suspension, wie sie bei diesen F. kleiner Kinder üblich ist, machten sich bisher 2 Nachtheile bemerkbar. Die Kinder liegen meist nicht ruhig, dadurch kommt eine Drehung an der Fracturstelle zu Stande, welche die glatte Heilung beeinträchtigt. Dann sind die Kinder zu längerer Bettruhe verurtheilt, was oft (z. B. bei rhachitischen) nicht gerade günstig auf das Allgemeinbefinden einwirkt. Endlich erschwerte die bisherige Lagerung die Reinhaltung der Pat., insofern besonders in den ersten Tagen jede Bewegung des Oberkörpers an der Bruchstelle Schmerzen verursacht. Der Tragrahmen hilft diesen Uebelständen ab. Er besteht aus einem starken, verzinnnten Drahtbügel, der mit leinenen Gurten bespannt ist. An diesem Bügel ist eine Schiene senkrecht angebracht, in der das Beinchen mittelst Heftpflasterextension aufgehängt ist und durch kleine Lederriemen auch fixirt ist. Die Extension geschieht am Fussstück durch Riemen und kann mehr oder minder stark angespannt werden. Der kleine Apparat (für jedes Bein giebt es einen besonderen) ist sehr leicht, ermöglicht es, die Pat. stundenweise auch ins Freie zu bringen, und erweist sich auch sonst bei Kindern bis zu 4 Jahren nicht nur bei F., sondern auch bei entzündlichen Erkrankungen, bei denen Suspension nöthig ist, als sehr nützlich.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 44.)

\*) Bei Bandagist Bors, Düsseldorf.

- Im Anschluss an diesen Artikel macht Dr. Port (Nürnberg) Mittheilung über eine kleine Vorrichtung, die sich bei **Oberschenkelbrüchen der Neugeborenen** bewährt hat, und die man im Bedarfsfalle *sich rasch selber anfertigen* kann. Aus 4 Brettchen von ungefähr 18 cm Breite wird ein viereckiges Kästchen (ohne Boden) von 56 cm Länge und 28 cm Breite zusammengenagelt. Auf den oberen Rand des Kästchens wird ein Stück Leinwand so aufgenagelt, dass sie eine Mulde von Handbreittiefe bildet, und im Drittel der Länge des Kästchens ein den oberen Rand des letzteren um etwa 25 cm überragender Bügel aus Bandeisen angebracht. Das Kind liegt ohne weitere Befestigung des Rumpfes in der Mulde, das Beinchen wird mit Heftpflaster, an dem Bandeisenbügel aufgehängt. Ohne von Seite der Mutter eine umständlichere Pflege zu erfordern, als sie sonst Neugeborenen zu Theil werden muss, kann das Kind sogar an die Brust angelegt werden. Der Bruch heilt in längstens 3 Wochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1901 No. 50.)

- Ueber die neueren Fortschritte in Behandlung der F. hielt Prof. Bier einen Vortrag. In 1. Linie sind hier die *Röntgenstrahlen* zu nennen, die auch therapeutisch sehr wichtig sind, indem die Einrenkung genau nach der durch das Bild gezeigten Verschiebung vorgenommen und event. durch ein neu aufgenommenes Bild corrigirt wird, sodass vollkommene Heilungen als früher erzielt werden. Der 2. Fortschritt ist durch die von Hessing eingeführten und durch Krause modificirten *Gehverbände* gemacht. Die 3. bedeutende Verbesserung ist durch die allgemein durchdringende Erkenntniss bewirkt, dass *das lange Liegen ruhig stellender Verbände schädlich* ist, häufiger Wechsel der Verbände, Massage, active und passive Bewegungen der benachbarten Gelenke durchaus erforderlich. Bier behandelt sogar nach Petersen's Vorschrift Brüche in der Nähe der Gelenke, vor allem Radiusbrüche, ohne jeglichen feststellenden Verband, lediglich durch eine dicht über dem Handgelenk angelegte Armbinde, in welcher der Unterarm ähnlich wie in einer Mitella getragen wird. Bei eingekeilten Schenkelhalsbrüchen alter Leute lagert er das Bein zwischen Sandsäcken und sorgt durch Klopfen

gegen die Fusssohle, sowie gegen den Trochanter und frühzeitig begonnene Bewegung und Massage dafür dass Atrophie des Knochens vermieden wird.

(Greifswalder med. Verein. 1. II. 1902. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 13.)

- Einen **Fall von Einrenkung der vorderen Schulterluxation nach Riedel** publicirt Dr. F. Froben (Krim). Der sehr kräftige 24jähr. Arbeiter zog sich durch Fall eine *Luxatio humeri subcoracoidea sinistra* (schon zum vierten Male) zu. 5—6 Stunden später kam er zum Autor, der sofort nach Riedel vorging, d. h. soweit narkotisirte, bis Muskeler schlaffung eintrat, dann den stark adducirten Arm umfasste und ihn mit kurzem Ruck zum rechten (gesunden) Becken hinzog. Sofort sass der Humeruskopf an seiner richtigen Stelle.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902 No. 12.)

- Ueber eine neue Art von **manueller Reposition von Luxationen ohne Narkose** macht Dr. F. Roloff, Assistent von Prof. Oberst (Halle) Mittheilung. Sie wurde zuerst im Herbst v. J. gemacht bei einem nicht sehr kräftigen Arbeiter und gelang in 7 Minuten. Pat., dessen Aufmerksamkeit möglichst abgelenkt wurde, hatte dabei keine Schmerzen; ein Einschnappen des Kopfes war nicht bemerkbar gewesen, sondern der Kopf war ganz allmählig in die Pfanne getreten. Seither wurde dieser Weg noch in 7 Fällen von *Luxatio subcoracoidea* und 1mal bei *Luxatio humeri infraspinata* eingeschlagen; 3mal führte er nicht zum Ziele, in den übrigen Fällen aber so gut, dass das Verfahren dem prakt. Arzt wohl empfohlen werden darf. Pat. wird mit dem Rücken auf den Boden gelegt, man tritt auf die verletzte Seite, ergreift die Hand des luxirten Armes und beginnt langsam zu extendiren. Ganz allmählig steigert man die Energie des Zuges ein wenig, doch bleibt sie immer nur gering; gleichzeitig geht man allmählig in Abduction, schliesslich bis in annähernd verticale, d. h. der Körperachse parallele Stellung des Arms über. Den Zug übt man ohne besondere Kraftanstrengung durch leichtes Hintenüberlegen des Rumpfes aus. Ist die Abduction vollendet, so steht meist der Kopf bereits in der Pfanne, und indem man den Arm, unter Unterstützung

des Kopfes von der Achselhöhle, langsam senkt, ist die Reposition vollendet. Hat man keine geschulte Assistenz, so kann man zuletzt die Extension einem Anderen übergeben und die Direction des Kopfes selbst übernehmen. Schmerzen traten bei richtigem Verfahren nicht auf, im Gegentheil ist es auffallend, wie manche vorher äusserst jammernde Pat. sofort sich beruhigen, sobald die leichte Extension begonnen hat. Wichtig ist, dass Störungen, d. h. Anlässe zur Muskelcontraction, also ruckweises Ziehen, unnöthige Palpation, vermieden werden; Ablenkung der Aufmerksamkeit durch allerlei Gespräche erleichtert die Procedur. Zeitdauer 7—13 Minuten (Pat. zum Theil sehr kräftig, der eine betrunken). 3 mal misslang die Reposition; 2 mal wurde offenbar nicht mit der nöthigen Geduld und Vorsicht manipulirt, 1 mal waren schon gewaltsame Versuche vorausgegangen. Ausser an Schulterluxationen wurde das Verfahren kürzlich noch in 2 Fällen von Luxation des Vorderarms nach hinten erfolgreich ausgeführt: Sanfter, keinen Schmerz verursachender Zug in der Längsrichtung des Arms, während dessen man deutlich die allmälige Verlängerung der Extremität sah, schliesslich leichte Hyperextension, langsame Flexion unter Verschieben des Olekranon führten in 3 resp. 10 Minuten zum Ziel. Neulich wurden noch 3 frische Fälle von Luxatio humeri sub. ebenso in 3, 4, 12 Minuten reponirt.

(Centralbl. f. Chirurgie 1902 No. 16).

**Lupus.** Durch folgende Aetzpaste hat Dr. Spietschka bei einem Mädchen, dessen L. des Gesichts wegen zu grosser Ausdehnung inoperabel war, sehr günstigen Erfolg erzielt:

Rp. Acid. salicyl.  
 Stib. chlorat. aa 10,0  
 Creosot.  
 Extr. Cann. ind. aa 20,0  
 Lanolin. 40,0  
 Ol. amygd. 2,0  
 Cocain. mur. 1,0

Auch Dr. Bittner empfiehlt diese Salbe auf Grund günstiger Erfahrungen.

(Centralverein deutscher Aerzte in Mähren 18. XI. 1901 —  
 Prager med. Wochenschrift 1902 No. 14.)

**Osteomalacie.** Einen Fall von O. bei einer Nullipara, geheilt durch Castration, publicirt Dr. E. Holländer (Berlin). Der Heilwerth der Castration ist seit Fehling längst sichergestellt für die in der Schwangerschaft acquirirte Form der O. Es wies dann Latzko nach, dass das Leiden gar nicht so selten bei Jungfrauen und Männern vorkommt, dass es aber meist verkannt wird, jahrelang als Spinalerkrankung, Rheumatismus u. dgl. behandelt wird. So war es auch bei obigem Falle. Die jetzt 36jähr. Dame litt vor ca. 10 Jahren derartig an rheumatischen Beschwerden, verbunden mit erschwerter Fortbewegung, dass sie ihren Wohnsitz nach Wiesbaden verlegte. Aber auch dort wurde sie trotz mehrjährigen Curgebrauchs nicht besser; dann wurde sie unter Annahme eines schweren Nervenleidens elektrisirt, gleichfalls ohne Erfolg. Die Beschwerden, in Schmerzen in den Beinen, Ziehen, Reißen, um den Unterkörper Gürtelgefühl etc. bestehend, griffen zuletzt noch auf Brustkorb und Arme über. Hand in Hand ging damit eine allmähig zunehmende Behinderung, die Beine zu gebrauchen. Dieselben „klebten“ ihr am Boden; war sie erst einmal im Gange, so hatte sie grössere Macht über die Glieder. Zuletzt kam eine starke Empfindlichkeit des Rumpfes hinzu; Schmerzen in den Rippen bei Berührung und bei tiefem Athemholen, Husten u. s. w.; Pat. will in den letzten 5—7 Jahren ca. 20 cm kleiner geworden sein, in den letzten Jahren ihre „Taille“ ganz eingebüsst haben. Das legte den Verdacht auf O. bereits nahe. Die 36jähr. Virgo intacta zeigt bei Betrachtung von vorn die Verhältnisse, wie wir sie bei einer starken Gibbosität im Lumbaltheil der Wirbelsäule finden; die untere Brustapertur hat sich dem oberen Beckenring derartig genähert, dass die untersten Rippen bereits beiderseits ziemlich symmetrisch unterhalb der breit und massig vorspringenden Cristae ilei zu fühlen sind; die Betrachtung der Rückseite zeigt eine sehr ausgesprochene tiefe Hautfalte oberhalb des Beckens, jegliches Fehlen einer Gibbosität, dagegen eine etwas nach vorn und unten gesenkte Wirbelsäule; starke Knickung des Kreuzbeines, Nates hängend, spitz nach unten zulaufend. Durch diese Raumbeengung erklärten sich die Beschwerden der Pat. Die Untersuchung des Beckens zeigte ebenfalls die charakteristischen

Merkzeichen der O. Entsprechend der Verkürzung der Wirbelsäule in ihrem Lumbaltheil schienen die Arme verlängert und reichten beinahe bis zum oberen Patellarand. Charakteristisch war endlich der Gang. Die Fortbewegung war zunächst dadurch noch möglich, dass Pat. ruckweise unter Fixirung der Kniegelenke den Körper seitlich, z. B. nach links einbog und das rechte Bein vorwärts warf. Später jedoch rutschte sie vorwärts, indem sie auf den Haken um ihre Längsachse rotirende Bewegungen machte. Diesem Gange wird durch 2 Momente das Gepräge gegeben: die doppel-seitige Ileopsoasparesse und die Adductorencontraction. Erstere entsteht dadurch, dass die Ursprünge dieser Muskeln sich so ihrer Insertion näherten, dass die Contraction in der Aufrechtstellung illusorisch wird. Es documentirt sich dieser Zustand durch die auch bei dieser Pat. vorhandene Unmöglichkeit, die Beine zu flectiren; eine Entwicklung des Fusses ist dadurch unmöglich. Die Adductorencontraction äussert sich darin, dass die Patienten auch in der Horizontallage die Beine nicht spreizen können und dass sie auch beim passiven Versuch starken Widerstand entgegensetzen. An weiter fortgeschrittenen Fällen sieht man auch, wie die Kniee sich aneinander pressen, ja an der Haut intertriginöse Marken entstehen. Dass aber dieses Spreizunvermögen nicht ausschliesslich auf den Krampf der Adductoren zu beziehen ist, geht schon daraus hervor, dass Autor bei der Pat. auch in tiefer Narkose die Beine nur sehr wenig auseinanderbekam; es müssen also grob mechanische Verhältnisse eine Rolle spielen, und scheint die alte Annahme, dass die Trochanteren sich an den lateralen Pfannenrand anstemmen, zu Recht zu bestehen. Dadurch, dass die entkalkten Knochen den Röntgenstrahlen geringen Widerstand entgegensetzen, es also schwierig wird, ein positives Bild zu erhalten, kann man auch nach modernster Weise die Diagnose erhärten, wie es auch hier geschah. Es lag also zweifellos O. vor. Durch interne und orthopaedische Maassnahmen erreichte Autor nichts, ja es verschlechterte sich der Zustand, sodass man sich vor  $\frac{1}{2}$  Jahr zur Castration entschloss, um so mehr als das Leiden sich bei event. Gravidität sich sicher noch mehr verschlechtern, Pat. nie in der Lage sein würde, per vias naturales

ein lebendes Kind zu gebären. Truzzi und Hofmeier hatten in 2 analogen Fällen prompten Erfolg, und auch in obigem Falle hatte die Operation einen ebenso eclatanten wie räthselhaften Effect. Die Schmerzen verschwanden fast unmittelbar nach dem Eingriff, am nächsten Tage schon konnte sich Pat. freier bewegen, das Athmen war besser. 14 Tage später die ersten Gehversuche, 1 Monat später konnte Pat. für kleine Strecken den Stock weglassen, jetzt,  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation geht sie kilometerweit ohne Beschwerden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 14.)

**Pruritus.** Bemerkungen zur Aetiologie und Therapie des P. vulvae macht Dr. L. Seeligmann (Hamburg). Seit 10 Jahren behandelt er diese Fälle mit *Guajacolvasogen*, mit dem er fast alle Fälle, darunter recht schwere, von secundärem oder primärem echtem P. zur Heilung brachte. Nach gründlicher Reinigung der Vulva, nach Abheilung etwa vorhandener Excoriationen trägt er das Mittel zunächst in 10%iger Concentration auf die juckenden Stellen auf, am besten Abends, sodass es mit dem Wattebausch, mit dem man es applicirt hat, über Nacht liegen bleibt. Event. ist diese Application an mehreren Abenden hinter einander zu wiederholen. Falls kein genügender Erfolg, noch Versuch mit 15-, auch 20%iger Lösung, die allerdings starke Reizmittel darstellen. Wenn einige Zeit nach dem Aussetzen der Medication sich der Juckreiz wieder einstellen sollte, so genügt ein- oder zweimalige Application oft, um wieder den P. zum Verschwinden zu bringen. Die Wirksamkeit des Guajacolvasogens konnte Autor auch bakteriologisch feststellen. Er fand in allen seinen Fällen einen *Diplococcus* fast in Reincultur, der in Form und Aussehen dem Gonococcus sehr ähnlich ist, sich aber von diesem durch seine Färbbarkeit nach Gram und durch sein culturelles Verhalten unterscheidet. Angelegte Culturen wurden aber durch 10%ige Lösung von Guajacolvasogen schon nach 5 Minuten völlig abgetödtet!

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 9.)

— **Bromocollum solubile** empfiehlt Dr. M. Joseph (Berlin). Derselbe ist einer der ersten gewesen, der die Bromocoll-salbe gegen Jucken bei P., bei *Lichen* und *Urticaria*

empfahl, und er hat seitdem wieder in zahlreichen Fällen die günstigsten Erfahrungen mit dem Präparat gemacht. Trotzdem musste man bestrebt sein, das Mittel auch in löslicher Form herzustellen, um dadurch sein Anwendungsgebiet zu erweitern. Es ist jetzt gelungen, mit Hilfe von Boraxzusatz ein Bromocoll. solubile darzustellen, und Autor hat dies Präparat bereits in schweren Fällen von P. mit sehr gutem Erfolge angewandt. Aber noch angenehmer erscheint es in Form folgender Schüttelmixtur:

Rp. Bromocoll. solubil. 5,0—10,0—20,0  
Zinc. oxyd.  
Amyl. aa 20,0  
Glycerin. 30,0  
Aq. dest. ad 100,0

Diese Schüttelmixtur trocknet aufgespritzt nach 10—15 Minuten auf der kranken Haut ein, sodass Pat. meist gar keines schützenden Verbandes bedarf. Es ist also eine sehr saubere, angenehme Behandlungsmethode. Dieselbe bewährte sich ausser den oben genannten Affectionen noch bei subacuten und chron. Ekzemen bestens. In jenen Fällen, wo die Epidermisregeneration noch nicht vollzogen ist und die Pat. über sehr starkes Jucken klagen, möchte es Autor als ein Mittel empfehlen, welches in der Mitte zwischen den indifferenten Salben resp. Pasten und dem Theer steht. Falls das Bromocoll nicht zu früh bei noch stark entzündeten Ekzemen angewandt wird, erfolgen keine Reizerscheinungen. Das Jucken wird symptomatisch beseitigt, und durch die Ruhestellung gewissermaassen kommt auch der ekzematöse Process zur Heilung.

(Dermatologisches Centralblatt, April 1902).

- 2 Fälle von rein localem P. nach internem Arsengebrauch schildert Dr. E. Doctor (Frankfurt a. M.). In dem einen Fall handelte es sich um einen Psoriatiker, der im Juli 1901 Arsen bekam (1 mg pro die, langsam steigend bis 12 mg in Pillen). Pat. vertrug es zwei Monate lang vorzüglich. Anfang September (Pat. hatte bis dahin 0,4 Acid. arsen. genommen), klagte er über starkes Jucken am ganzen *Scrotum*, wo aber keinerlei Hautveränderungen zu constatiren waren. Abgesehen vom P. fühlte Pat. sich durchaus wohl, dagegen nahm



der P. trotz Anwendung juckstillender Mittel stetig zu. Als Anfang October leichte Conjunctivitis auftrat, ging Autor mit dem Arsen binnen 4 Tagen von 12 mg pro die auf 0 herunter mit dem Erfolge, dass bereits am 3. Tage Conjunctivitis und P. völlig verschwunden waren und blieben. Der zweite Pat., mit Lichen ruber behaftet, erhielt ebenfalls Arsen in Pillenform (von 1 mg pro die beginnend, täglich um 1 mg steigend bis 20 mg pro die). Gegen Ende der 3. Behandlungswoche klagte Pat. über starkes Jucken in der linken *Femoralbeuge*, während das Jucken am übrigen Körper beträchtlich nachliess und die Lichenefflorescenzen schon leichte Rückbildung zeigten. An der linken Femoralbeuge erschien die Haut durchaus intact. Die Lichenpapeln verschwanden, das Jucken an den afficirten Parthieen ebenfalls (in der 5. Woche), wogegen der P. in der Femoralbeuge trotz antipruriginöser Medicamente stetig zunahm und in der 6. Woche fast unerträglich wurde. Autor reducirte jetzt die Arsendosis von 20 mg auf 5 mg, worauf der P. binnen 2 Tagen verschwand und fort blieb. Pat. nahm nach 3 Wochen 5 mg pro die ohne alle Beschwerden. Autor glaubt, dass das mit dem Schweiss sich auscheidende Arsen durch Reizung der Haut den P. hervorrief. Gerade Scrotum und Femoralbeuge zeigen starke Schweissabsonderung, also auch wohl erhöhte Arsenabscheidung, an beiden Stellen ist die Epidermis besonders reizbar und empfindlich. Gerade in der Genitalgegend findet sich auch häufig Ekzem bei Arbeitern, die mit arsenhaltigen Substanzen zu thun haben.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34 No 8.)

**Psoriasis.** P. und Glykosurie lautet das Thema einer kleinen Abhandlung von Dr. W. Pick (Neisser'sche Klinik, Breslau). Die Aetiologie der P. ist leider noch ganz dunkel. Während die meisten sie als locale parasitäre Erkrankung auffassen, legen ihr manche eine abnorme Beschaffenheit des Nervensystems zu Grunde, andere endlich betrachten sie als Ausdruck einer Dyskrasie und berufen sich auf die Fälle von P., bei denen sich ausserdem Rheumatismus, Gicht oder Diabetes vorfindet. Was letzteren anbelangt, so sind die Fälle, wo beide Affectionen zusammentreffen, sehr rar. Um die Sachlage

zu klären, stellte schon Nagelschmidt Untersuchungen auf alimentäre Glykosurie bei Psoriatikern an und gab 25 Psoriatikern 100 g Traubenzucker; 5 mal fand sich sicher darauf Glykosurie, also 20 % der Psoriatiker zeigten eine Disposition zur alimentären Glykosurie, eine wichtige Stütze der Auffassung der P. als constitutionelle Erkrankung. Pick stellte nun eine Nachprüfung in grösserem Umfange an. Er unternahm dieselbe bei 50 Psoriatikern und 50 mit anderen Hautleiden behafteten Pat. Nur 2 Psoriatiker boten die Glykosurie dar (einer davon nur 1 mal), von den Nichtpsoriatikern 3 Pat. (der eine war wegen chron. Ekzems lange mit Perubalsam behandelt worden, der bekanntlich manchmal transitorische Glykosurie hervorruft, 2 Pat. waren schwere Potatoren). Daraus folgt, dass alimentäre Glykosurie bei P. selten ist, jedenfalls nicht häufiger, als bei anderen Hautaffectionen, und dass daraus *eine Beziehung der P. zu Stoffwechselanomalieen sich keinesfalls ergibt.*

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 3).

- Ueber **P. nach Impfung** macht Regimentsarzt Dr. E. Weinstein (Pribej) Mittheilung. In neuerer Zeit ist der *traumatische Ursprung der P.* vielfach zur Erscheinung gelangt. Neben chemischen (Jodtinctur, Vesicantien, Sinapismen, Aetzungen), thermischen (Verbrennungen, Erfrierung), elektrischen Reizungen sind es insbesondere mechanische Reize, welche in einem aetiologischen Verhältnisse zur P. stehen. Schon die typischen Prädispositionsstellen (Ellbogen, Tuberositas tibiae etc.) lassen sich durch das stetige Einwirken mechanischer Irritanten auf diese exponirten Punkte leicht erklären. Deutlicher wird dieses aetiologische Verhältniss des äusseren Reizes zur psoriatischen Erkrankung dann, wenn dieselbe nicht an den Orten der typischen Localisation, sondern an anderen Stellen, welche mechanischen Reizen besonders ausgesetzt waren, ausschliesslich oder besonders stark zum Ausbruche kommt. Hierher zu rechnen sind Irritanten, welche die Beschäftigung mit sich bringt, oder welche durch Gewohnheiten, Kleidung u. s. w. hervorgerufen werden (Druck des Stockes auf die Vola, der Kleider in der Schnürfurche bei Weibern, über einer Kyphoskoliose, Druck des Stiefels, Strumpfbandes, der Schulbanklehne,

Tätowirungen, Excoriationen infolge Reitens). Am prägnantesten jedoch erweist sich der Zusammenhang zwischen äusserem Reize und P., wenn der *erste* Ausbruch der Krankheit überhaupt an der Stelle der Einwirkung des Irritaments erfolgt, und insbesondere dann, wenn das Zeitintervall zwischen Reiz und Eruption ein möglichst geringes ist. Unter den den Psoriasisausbruch provocirenden Reizen wurde in letzter Zeit auch mehrfach die Vaccination angeführt. Autor berichtet über folgenden Fall: Ein 22jähr. Infanterist, hereditär, nicht belastet und selbst vorher stets gesund, wird an 2 Stellen des linken Oberarmes mit animalischer Lymphe geimpft, eine derselben blutete dabei ein wenig. Die Vaccinepusteln hinterliessen nach dem Abheilen etwas erhabene rothe Flecken, welche sich nach mehreren Wochen mit einer immer stärker werdenden weissen Schuppenauflagerung bedeckten und alle Charaktere der Psoriasiseflorescenzen darboten. Einen Monat blieb die P. auf die 2 Impfstellen beschränkt, dann erst traten gleiche Efflorescenzen auch an anderen Stellen auf. Das erste Auftreten von P. an Impfstellen ist ja ziemlich selten, bisher in etwa 24 Fällen bekannt. Meist trat die P. da bei vorher gesunden, hereditär nicht belasteten Individuen auf. In einigen Fällen handelt es sich vielleicht um zufälliges Zusammentreffen, bei der Mehrzahl der Fälle aber ist ein aetiologischer Zusammenhang zweifellos, freilich nicht in einem Sinne, den die Impfgegner für sich ausbeuten könnten, als ob nämlich bei der Impfung eine Inficirung erfolgt wäre. Im oesterr. Heere wird ja auch jeder Mann mit einer eigenen aseptischen Impffeder geimpft, und eine Uebertragung der P. mit der animalischen Vaccine ist unmöglich, da P. beim Kalbe nicht vorkommt: *Die Impfung wirkt eben nur als Trauma, als mechanischer Reiz, der die wahrscheinlich bereits latente P. nur zum Ausbruch bringt.*

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 4.)

- Das **Atoxyl**, ein neues Arsenpräparat, hat in der Prof. Lassar'schen Klinik Dr. W. Schild versucht und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Es handelte sich darum, ein Arsenpräparat zu finden, welches bei einfacher, reizloser und leicht erträglicher Application eine den bisherigen Präparaten mindestens gleiche Wirkung

entfaltete. Diese Bedingungen erfüllt nun das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein geruchloses, 37,69% As enthaltendes Pulver, das sich in warmem Wasser bis zu 20% löst, wovon aber beim Erkalten etwa 2% in Gestalt von wasserhellen Krystallen wieder ausfallen. Die wässerigen Lösungen nehmen bei längerem Stehen eine leicht gelbliche Färbung an, ohne dass jedoch eine Zersetzung stattfindet, eben so wenig geschieht dies beim Kochen. Autor gab das Mittel zunächst einigen Pat. intern, da sich aber schon nach kurzem Gebrauche Appetitstörungen einstellten, wurde fortan das Präparat nur subcutan injicirt, und zwar zunächst  $\frac{1}{2}$  Spritze einer 1%igen Lösung (=0,005), dann allmählig mehr bis zur höchsten Dosis von 0,4. Bei dieser Dosis aber traten stets Nebenerscheinungen ein, bei manchen Patienten jedoch schon früher, nach längere Zeit fortgesetzten Injectionen von 0,2—0,3, während die ersten Dosen von gleicher Höhe meist ohne Störungen ertragen wurden. Diese Nebenerscheinungen bestanden in Frösteln, Schwindel, Kopfschmerz, Kratzgefühl im Halse, sie gingen aber bei Aussetzen des Mittels nach 1—2 Tagen völlig vorüber. Contraindicirt ist das Mittel bei Herzfehlern, wo sehr bald Herzklopfen und Dyspnoe auftreten. Jetzt wird nur noch 20%ige Lösung benutzt (etwas erwärmt!), von der bei der 1. Injection nur 2 Theilstriche (=0,04), bei der 2. Injection 4 Theilstriche etc. injicirt werden, sodass bei der 5. Injection 1 Spritze (=0,2) verabreicht wird. Darüber hinaus wird bis zur Beendigung der Cur nicht gegangen. Die ersten 5 Spritzen werden in eintägigen, die folgenden in zweitägigen Zwischenräumen gegeben. Trat eine der erwähnten Nebenerscheinungen ein (bei diesem Vorgehen sehr selten!), so wurde die Behandlung 2—3 Tage ausgesetzt. Die Injectionen wurden intramusculär, aber auch subcutan, zwischen den Schulterblättern oder an den Armen gemacht, stets gut und ohne Schmerzen tolerirt. So wurden bisher 75 Fälle mit ca. 1500 Injectionen behandelt, ohne dass je nennenswerthe Reizung oder Infiltration sich zeigte. Die hypodermatische Application, reiz- und schadlos, bequem wie sie ist, macht also das Mittel zu einem recht werthvollen, zumal wir davon dem Organismus eine 10fach höhere Menge an Arsen zuführen, als mit der arsenigen Säure. Mit Atoxyl unter Ausschluss jeder

anderen Therapie wurden behandelt zunächst 3 Fälle von P. In allen drei wurde schon nach den ersten 5—6 Injectionen deutliche Abblassung und Abflachung der Infiltrate constatirt mit sichtlichem Nachlassen der Schuppenbildung. Weiterhin schwanden die Infiltrate, selbst solche von beträchtlicher Grösse und Stärke, indessen ein vollständiges und dauerndes Abheilen aller Efflorescenzen wurde nicht erzielt. *Zur Unterstützung und Beschleunigung einer äusserlichen Psoriasiscur sollte aber das so wirksame und leicht applicable Mittel in keinem Falle unbenützt gelassen werden!* Noch weit günstiger waren die Erfolge bei *Lichen ruber* (14 Fälle), wo die *Behandlung mit Atoxyl allein meist zur Heilung genügte*. Etwa nach der 8.—10. Injection verschwand das Jucken, nun wurden die Knötchen immer flacher und brauner, um endlich ganz zu verschwinden. Der schwerste und uniserselle Fall bedurfte dazu 42 Injectionen, der leichteste 17, im Durchschnitt waren 27 in einem Zeitraum von 50 Tagen von nöthen. In einem Falle von *Xanthoma diabeticum* wurden schon nach der 4. Injection die Knoten flacher, die Gelbfärbung schwächer; nach 22 Injectionen gänzliche Heilung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 13.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen

**Fall von innerer Blutung durch vorzeitige totale Lösung der Placenta bei normalem Sitz** schildert Dr. M. Hirsch (Berlin): 28jähr. Frau von gesundem Aussehen und gutem Ernährungszustande, am Anfang des 9. Schwangerschaftsmonats, empfindet plötzlich beim Beugen des Oberkörpers heftige Schmerzen in beiden Hüften, erblasst, sinkt ohnmächtig nieder und erbricht Reste der vor 7 Stunden eingenommenen Mittagsmahlzeit. Autor trifft sie im Bett liegend, sehr blass, mit heftigen Schmerzen im ganzen Leibe; Puls und Temperatur normal, am Herzen nichts Besonderes. Leibesumfang dem 9. Monat entsprechend, doch Bauchdecken ungewöhnlich gespannt und druckempfindlich, daher Kindstheile schwer palpabel, doch Schräglage feststellbar. Muttermund geschlossen, hinter dem rechten horizontalen Schambeinast stehend, Beckeneingang leer; Fruchtblase steht. In der rechten Beckenschaufel Kopf beweglich

über dem Beckeneingang. Hals und Schulter nicht zu erreichen. Betastung des unteren Uterinsegments mit dem Finger lässt nirgends Placenta erkennen. Die Blässe des Gesichtes nahm zu, Schmerzen, Druckempfindlichkeit und Spannung des Leibes wurden stärker, Kindestheile kaum noch fühlbar, dagegen fühlte man deutlich Fluctuation; Puls wurde kleiner und schneller, zugleich stellte sich schwache Blutung aus der Scheide ein. Sprengung der Blase; mit dem Fruchtwasser kam Mekonium. Die Hoffnung, dass durch Entleerung der Fruchtblase der Uterus sich um seinen Inhalt fest zusammenziehen und die Blutung aufhören würde, wurde getäuscht. Muttermund liess 2 Finger passiren, zeigte sich aber nach kurzer Dehnung mit den Fingern so nachgiebig, dass Autor bald die ganze Hand einführen, wenden und extrahiren konnte, was wegen Schlaffheit der Uteruswände leicht gelang. Dem Kinde stürzten grosse Klumpen geronnenen und eine Menge frischen Blutes zugleich mit der Placenta nach. Uterus zog sich zusammen und wurde hart, Blut floss nicht mehr. Der Puls, während der kurzen, oberflächlichen Narkose nur fadenförmig, hob sich. Pat. erwachte, sprach, war bei voller Besinnung, Kind todt. So waren seit Eintritt des Collapses  $\frac{3}{4}$  Stunden verflossen. 10 Stunden später wurde Wöchnerin unruhig, warf sich ängstlich im Bette herum, schöpfte krampfhaft Athem; Gesicht und Extremitäten kühl, Puls klein und etwas beschleunigt, aber regelmässig, Uterus fest contrahirt, kein Blut mehr. Kaffee, Cognac, Campherinjectionen brachten kurze Erholung. Später Kochsalzinfusion; noch unter derselben neue Attaque von Athemnoth und Angstgefühl, Puls kleiner und schneller, Wangen bleich, cyanotisch, kalt, Bewusstsein schwand, Aetherinjectionen, Herzmassage erfolglos, Exitus. Es ist sehr wahrscheinlich, dass Pat. an den Folgen des Blutverlustes starb, wenn auch der Gedanke an Embolie der Lungenarterien nicht von der Hand zu weisen ist. Solche Fälle von innerer Blutung durch vorzeitige totale Lösung der Placenta bei normalem Sitz derselben sind sehr selten; nach Dührssen sind etwa 200 Fälle bekannt, von denen die Hälfte der Mütter und fast alle Kinder starben. In fast allen Fällen trat, ebenso wie im obigen, die Lösung der Placenta plötzlich mitten aus der Gesundheit heraus ein, ohne vorherige Wehe:

sie eröffnete also den Geburtsact. Wehen pflegen dann auch während des ganzen weiteren Verlaufes wegen der Schlaffheit der Uterusmusculatur gar nicht oder nur sehr schwach aufzutreten, ein Umstand, der die Diagnose ausserordentlich erschwert. Aber auch der Modus der Ablösung kann der Erkennung des Zustandes hinderlich sein, wie in obigem Falle. Denn nicht selten sitzt die Placenta mit ihrem ganzen Rande fest, das Blut sammelt sich zwischen Placenta und innerer Uteruswand an. Bei schwacher Uterusmusculatur kann sich sehr wohl so viel Blut ansammeln, dass Exitus folgt. Daher sind bei weitem mehr Mehrgebärende von diesen Unglücksfällen betroffen. Auch obige Pat. war IV para, 2 mal durch Wendung und Extraction und zuletzt im 8. Schwangerschaftsmonat entbunden. Die Fälle, wo der Rand der Placenta in seinem ganzen Umfange adhärirt, haben noch schlechtere Prognose, als die, welche durch theilweise Lösung des Randes verursacht werden. Denn da der Blutabgang nach aussen gänzlich fehlt oder erst spät eintritt, bietet der Zustand grosse diagnostische Schwierigkeiten. Was die Ursache solcher vorzeitiger Lösungen anbelangt, so kommen in erster Linie Veränderungen des Endometriums in Frage, die durch chron. Nephritis verursacht sind. In obigem Falle schien dies nicht zu sein, da immer bestes Wohlbefinden vorlag. Veränderungen der Placenta waren auch nicht zu sehen. Dagegen war Pat. kurz vorher starken Gemüthsbewegungen und körperlichen Strapazen ausgesetzt, Dinge, die bei Naegle und Schröder unter den Ursachen der vorzeitigen Lösung der Placenta Erwähnung finden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 12.)

- Ueber eine **seltene Geburtscomplication** berichtet Dr. A. Baumann (Lichtenau). 25jähr. Frau, 2 mal anstandslos entbunden, ist wieder im 6. Monat der Gravidität. 3 Wochen vorher war sie von einem grossen Hunde zu Boden geworfen worden, fiel dabei direct auf den Leib, und zwar so heftig, dass sie sich nicht mehr zu erheben vermochte. Nachdem sie damals einige Tage Ruhe gehalten, nahm sie ihre häuslichen Arbeiten, trotz vorhandener Schmerzen, wieder auf. In letzter Zeit sind nun im Unterleib, besonders aber in der linken unteren Extremität so heftige Schmerzen aufgetreten,

dass Pat. nicht mehr gehen konnte. Untersuchung ergibt mässige Druckempfindlichkeit in der l. Unterbauchgegend und starke Schmerzhaftigkeit im Bereiche des N. ischiadicus, der besonders an seiner Austrittsstelle auf Druck empfindlich ist. Pat. klagt auch bei activen wie passiven Bewegungen über grosse Schmerzen im Verbreitungsbezirk desselben. Sämmtliche Mittel, die gegen die exquisit neuralgischen, besonders anfallsweise auftretenden Schmerzen in Anwendung kamen, erwiesen sich als erfolglos, im Gegentheil, diese wurden immer unerträglicher und bestanden schliesslich ohne Unterlass. Im weiteren Verlaufe stellte sich unregelmässiges Fieber ein, bis zu  $39^{\circ}$  abendlich, der Urin war stark eiweiss-haltig, Pat. kam körperlich so herunter, dass zur künstlichen Frühgeburt geschritten werden musste. Nach Einlegen eines elastischen Bougie alsbald kräftige Wehen, nach 6 Stunden Muttermund verstrichen, Schädel im Beckeneingang. Trotz weiterer kräftiger Wehen rückte der Schädel nun nicht mehr von der Stelle, sodass schliesslich die Zange am hochstehenden Kopfe angelegt werden musste, worauf ein lebendes, schwächliches Kind entwickelt wurde. Bei den guten räumlichen Verhältnissen des mütterlichen Beckens war dieser Geburtsverlauf recht auffallend, zumal der Schädelumfang des nicht ausgetragenen, schwächlichen Kindes bei diesen kräftigen Wehen solch Becken mit Leichtigkeit hätte passiren müssen. Die Aufklärung kam bald, 2 Tage später, als die Wöchnerin nach einer Bewegung im Bett plötzlich sehr erschrocken das Gefühl hatte, als sei etwas im Leibe geplatzt, worauf massenhaft übelriechender Eiter aus den Genitalien floss. Bei der vorhandenen Schwäche beschränkte sich Autor auf eine Lysolspülung, obwohl er bei einer derartigen Ueberschwemmung des Genitaltractus mit Eiter post partum ein foudroyantes Puerperalfieber als unvermeidlich ansah. Doch, nachdem der Ausfluss noch 3—4 Tage gewährt, verschwand er, zugleich damit die Schmerzen (höchste abendliche Temp.  $38,4^{\circ}$ ), die Frau ist bis heut gesund und gebar später noch einmal. Der merkwürdige Fall ist wohl so zu erklären, dass jenes Trauma, die heftige Contusion des Unterleibes einen Bluterguss resp. einen Abscess im Beckenbindegewebe bedingte, welcher die Ursache der Ischias und des Geburtshindernisses



wurde, indem er das Tiefertreten des Kopfes inhibirte. Dann kam der Durchbruch des parametranen Exsudats durch das hintere Scheidengewölbe, womit die Symptome verschwanden und seltsamerweise der frisch granulirende Geburts canal trotz der so massenhaften Ueberschwemmung mit Eiterbakterien intact blieb.

(Der prakt. Arzt 1902 No. 3.)

- **Eine Geburt bei vorgeschrittener Tabes dorsalis**, wie sie kürzlich Mirabeau schilderte, beschreibt auch Dr. R. Cohn (Breslau). Die 39jährige Pat., wurde, nachdem sie 14 Jahre in steriler Ehe gelebt, von einem lebenden Knaben leicht und schmerzlos entbunden. Die Umgebung bemerkte erst durch das Sichtbarwerden des kindlichen Schädels, was vorging, Pat. gab während der Entbindung keinen Schmerzenslaut von sich. Die Nachgeburtsperiode verlief schnell und ohne Hülfe, das Wochenbett ungestört.

(Centralblatt für Gynaekologie 1902 No. 16).

- **Einen Fall von Lactationsneuritis** beschreibt Dr. M. Bondi (Iglau). Diese Erkrankung befällt sowohl ein, wie beide Augen. Bei sonst gesunden Frauen treten zuweilen während der Milchabsonderung Sehstörungen auf, welche von leichter Schwachsichtigkeit an bis zur völligen Erblindung alle Grade durchlaufen können. In den meisten Fällen wurde eine intraretinale Neuritis optica constatirt, selten retrobulbäre Neuritis. Autors Fall betraf eine 26jährige Frau, die schon 2 mal geboren, das letzte Mal vor 7 Monaten. Geburtsverlauf, Wochenbett normal, Pat. erscheint auch, abgesehen von ihren Augen, durchaus gesund. Noch vor einer Woche stillte Pat. ihr Kind, seit dem Absetzen machte sich an den Augen, die seit etwa 4 Wochen afficirt sind, bereits eine kleine Besserung geltend, doch ist das rechte Auge nahezu blind, das linke ebenfalls fast vollständig. Doch nunmehr machte die Besserung rapide Fortschritte, und 2 Monate nach Beginn der Erkrankung konnte Pat. geheilt entlassen werden. Wenn auch derartige Lactationsneuritis sich meist nach Absetzen des Kindes zu bessern beginnt und günstige Prognose bietet, so sind doch so rasche Heilungen wie hier selten. Wodurch die Neuritis zu Stande kommt, ist bisher noch nicht eruirt. Einzelne

führen sie auf allgemeine Erschöpfung und Anaemie zurück, während Heinzel Autointoxication annimmt infolge von sich während der Milchabsonderung bildenden Eiweisskörpern, da in dieser Zeit ein sehr rascher Eiweisszerfall vor sich geht.

(Wiener med. Presse 1902 No. 15.)

**Syphilis.** **Mercuro-Crème zur Schmiercur** empfiehlt warm Prof. Dr. A. Havas. Es handelt sich um ein in Glycerin gelöstes neutrales stearinsaures Kali mit 33,3% Quecksilbergehalt. Die Masse der Crème ist in Wasser löslich und enthält keine Spur von Fett; das Mittel kann aufbewahrt werden, ohne dass es verdirbt, es ist leicht einzureiben (3—5 Minuten genügen), macht die Haut weich und frisch, reizt sie nicht, schmutzt kaum, und kostet nicht mehr wie Ung. hydr. ciner., dem es an Wirkung, wie Autor an 103 Pat. constatirte, völlig gleich kommt. Es wird in gleicher Dosis (3 g pro dosi et die) eingerieben und bedeutet zweifellos einen Fortschritt in der Therapie der S.

(Ungar. med. Presse 1902 No. 6.)

— Ueber **Behandlung der Leucoplacia bucco-lingualis** lässt sich Dr. M. Bockhardt (Wiesbaden) aus, der die Affection, die sicher als *parasyphilitische* anzusehen ist, bei 60 Pat. (nur Männern!) beobachtete. Diese waren sämmtlich ohne Ausnahme *Syphilitiker und Raucher*, sodass zweifellos das Leiden durch gleichzeitige Einwirkung von S. und Tabak entsteht. Bei Rauchern, die nicht syphilitisch waren, hat Autor nie die Affection gesehen, ebensowenig bei Syphilitikern, die nicht rauchten. Eine allgemeine antiluetische Behandlung erweist sich als wirkungslos, ja öfters schadet sie eher, man muss eine *Localbehandlung* einschlagen, die aber nur dann erfolgreich ist, wenn der Pat. sich des Rauchens enthält. Autor hat öfters Heilung eintreten sehen durch folgende Therapie: Er liess die kranken Stellen der Zunge oder Wange 1 mal täglich oder alle 2 Tage mit *Perubalsam* einreiben, ausserdem mussten die Pat. *6 bis 12 mal am Tage Ausspülungen machen mit  $\frac{1}{2}$ —3%iger Kochsalzlösung*. Letztere sind wahrscheinlich noch wirksamer, als die Pinselungen mit Perubalsam, denn bei 2 Pat., denen letztere unangenehm waren, wurde

Heilung allein durch die Spülungen erzielt. Heilung innerhalb  $\frac{1}{4}$ —2 Jahre. Rauchen die Pat. weiter während der Behandlung, dann bringt diese nur Milderung, aber keine Heilung. Hier sind neben den Spülungen Aetzungen nöthig, z. B. mit Milchsäure (50% und darüber); man darf aber nie so stark oder so oft ätzen, dass die Schleimhaut irritirt wird. Obwohl Autor recht viele ältere Männer mit Leukoplakie sah, beobachtete er doch nie einen Uebergang in Carcinom, weshalb auch energische Zerstörungen, wie mit dem Thermokauter, nicht als nothwendig zu erachten sind.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34. No. 4).

- Ueber die Beziehungen der Tabes zur Quecksilberbehandlung lautete das Thema eines Vortrages von Prof. Neisser. Keine der beiden extremen Doctrinen: „keine Tabes ohne S.“ und „Tabes und S. haben aetiologisch gar nichts mit einander zu schaffen“ scheinen ihm den Thatsachen zu entsprechen. Er glaubt vielmehr, dass S., und zwar mehr als alle anderen in Betracht kommenden Schädigungen, diejenige Alteration und Praedisposition hervorbringe, auf Grund deren die eigentlichen, die Tabes erzeugenden Ursachen, ihre Wirksamkeit entfalten könnten. Syphilis + x (d. h. die unbekannte directe Tabesursache) machen die Erkrankung: S. allein bringt Tabes nicht zu Stande, x allein kann Tabes zu Stande bringen, aber ungleich schwerer und seltener bei Nichtsyphilitikern, als bei syphilitischen Pat. Wichtig sind die Beobachtungen in einigen Ländern, in denen zwar tertiäre Syphilisformen in besonderer Reichlichkeit und Schwere nachgewiesen sind, in denen aber trotzdem nicht ein einziger Tabes- oder Paralysisfall aufzufinden ist. Da diese Länder (Bosnien, Kleinasien etc.) zugleich solche sind, in denen die S. so gut wie unbehandelt bleibt, namentlich nicht mercuriell behandelt wird, erhebt sich die Frage, ob nicht die Hg-Behandlung, wie sie bei uns geübt wird, mit als Ursache des Tabes anzusehen sei. Eine zu diesem Zwecke gemachte statistische Erhebung ergibt aber, dass auch bei uns mindestens in der Hälfte aller Tabesfälle die Tabes aufgetreten ist, ohne dass vorher eine Hg-Behandlung stattgefunden hatte. Autor hat 445 Tabesfälle zusammengestellt: gar keine Mercurbehandlung hatte da-

von bei Pat. ohne nachweisbare S. stattgefunden 156 mal, bei Pat. mit wahrscheinlicher und sicherer S. 98 mal, zusammen also 254 mal = 57 % der 445 Tabesfälle. Eine sehr mässige und schlechte Mercurbehandlung hatte stattgefunden 173 mal, eine gute im Fournier-Neisser'schen Sinne nur 18 mal. Ganz ähnliche Ziffern ergeben sich aus den eigenen Beobachtungen Neisser's und anderer Breslauer Autoritäten, sodass folgende Schlüsse zu ziehen sind:

1. Die Behauptung, dass die Hg-Behandlung allein für sich bei Nichtsyphilitischen oder mit S. zusammen die Tabes erzeuge, ist gänzlich haltlos.

2. Ein Zahlenmaterial, welches die Machtlosigkeit der chronisch-intermittirenden mercuriellen Syphilisbehandlung mit Bezug auf das Zustandekommen der Tabes bewiese, existirt nicht.

3. Andererseits beweisen die, wenn auch noch kleinen Zahlen, dass auch eine energische, chronisch-intermittirende Hg-Behandlung ein absolut sicheres Prophylacticum der Tabes gegenüber nicht darstellt.

4. Irgend ein Einfluss der Hg-Therapie auf das zeitliche Auftreten der Tabes, sei es mit Bezug auf das Lebensalter oder mit Bezug auf die Dauer der Syphilis-infection, ist nicht nachweisbar.

*Soll man nun Tabiker antisymphilitisch behandeln?* Während Autor unbedingt Jod, speciell in Form subcutaner *Jodipininjectionen* empfehlen kann, glaubt er eine Hg-Behandlung zwar nicht in jedem Falle anrathen, aber doch stets versuchen zu sollen. Von einer Anzahl von Fällen glaubte er bestimmt annehmen zu dürfen, dass die Hg-Behandlung genützt habe. In keinem Falle hat er bei sorgsamer Beobachtung des Pat., besonders seines Allgemeinbefindens, eine Schädigung gesehen. Bei dem Mangel einer besseren Tabestherapie glaubt er, dass man auch von dieser Möglichkeit, durch specifische Behandlung eine Besserung herbeizuführen, Gebrauch machen sollte.

*Discussion:* Prof. Wernicke hält es ebenfalls für ganz undenkbar, dass Tabes eine Folgeerscheinung der zur Zeit der bestehenden S. angewandten Hg-Behandlung sein könnte. Er meint, dass nicht die Toxine der S., sondern die Antitoxine durch ihre specifische Giftwirkung die Tabes erzeugen können. Solche Anti-

toxine aber bilden sich, damit eine Naturheilung der S. zu Stande kommt. Dagegen würden nun die Erfahrungen zu sprechen scheinen von besonders schwer verlaufender tertiärer S. in gewissen Ländern, in denen Tabes und Paralyse nicht vorkommen. Man sollte erwarten, dass geheilte Fälle gerade hier zu Tabes und Paralyse führen müssten. Indessen könnte es bei der betonten Malignität der S. auch sein, dass es zu Naturheilungen in diesen Ländern überhaupt nicht käme, sondern die Pat. entweder immer ihre S. behielten oder daran zu Grunde gingen, und dann würde der Einwand nicht gemacht werden können. Hinsichtlich der Therapie kann er auf Grund reichlicher Erfahrung sagen, dass er von einer Hg-Behandlung nie Nutzen, wohl aber häufig Schaden gesehen hat, namentlich wenn die Pat. dadurch angegriffen und ihr Allgemeinbefinden dadurch alterirt wurde. Günstige Erfolge sah er nicht selten von Jodkali, besonders von einer Combination von Jodkali und einer gelinden Schwitzcur, falls das Allgemeinbefinden sorgfältig überwacht und das Körpergewicht controlirt wurde; letzteres darf keinesfalls heruntergehen! — Prof. H. Cohn hat über die *schädlichen Wirkungen einer Hg-Cur bei Tabikern mit Atrophia optici* eine über 3 Jahrzehnte sich erstreckende Erfahrung. Die Atrophie schreitet fort, ja die Blindheit tritt viel rascher ein, als in Fällen, wo kein Hg angewandt wird. Die Therapie bei tabischer Opticus-Atrophie ist recht trostlos. Auch der constante Strom und Argentum versagen. Das einzige, was noch die Reste der Sehnervenfasern einige Zeit lang functionsfähig erhält, ist Strychnin, das Autor monatelang täglich zu 2 mmg subcutan unter die Schläfenhaut spritzt. Auch vorsichtige Einathmungen von Amylnitrit scheinen nützlich zu sein, aber trotz alledem tritt spätestens nach 4 Jahren doch völlige Blindheit ein. — Löwenstein glaubt, dass die Hg-Behandlung bisweilen bei Tabes von grösserem Werth sei, und führt als Beleg einen Fall an, bei welchem neben Lebergummen und Milzschwellung eine typische Tabes besteht. Symptome der letzteren waren: Ataxie, reflectorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Anaesthesien und Paraesthesien an den unteren Extremitäten, Hyperaesthesie an den Fingern, Gürtelgefühl, Magenkrisen, Mastdarmkrisen, Blasenbeschwerden,

lancinirende Schmerzen, Gedächtnisschwäche. Pat., vor 20 Jahren inficirt und vorher nie specifisch behandelt, erhielt im Verlauf von  $1\frac{1}{4}$  Jahren 3 Schmiercuren mit zusammen 80 Injectionen (270 g Hydr. c. Resorbino) und 200 g Jodkali. Die syphilitischen Erscheinungen besserten sich rasch, die tabischen allmählig, sodass bei Beginn der 2. Cur die Anaesthesieen sich nur noch als Hyperaesthesieen charakterisirten, vor Beginn der 3. Cur wieder, wenn auch nicht sehr deutliche Patellarreflexe auftraten, welche auch bisher nicht verschwunden sind; es besserten sich ferner die Gedächtnisschwäche, die lancinirenden Schmerzen, das Allgemeinbefinden (doch wurden auch warme Bäder und zeitweilig Eisen angewandt). — Rosenfeld will die doppeltgeartete Aetiologie, bestehend aus S. und einem x, auch für die *Paralyse* gelten lassen, wo er aber das x durch einen bestimmten Begriff ersetzen möchte. Er vermuthet nämlich, dass *die Paralyse auf dem Boden von S. und Trunksucht entsteht*. Hierfür sprechen seine Erfahrungen. Die Thatsache ferner, dass vorwiegend Männer erkranken, die Seltenheit von Paralyse und Tabes bei den von Neisser erwähnten Völkern, welche vielfach Muhamedaner und Analkoholisten sind und noch manches andere.

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur in Breslau. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 6.)

**Tuberculose.** 3 geheilte Fälle von chron. Peritonitis stellte Prof. Baginsky vor. Es handelte sich um elende, schwerkranke Kinder mit chron. Peritonitis (zum Theil hatten sie auch noch Pleuritis), die man der gesammten Art der Symptome und dem ganzen Aussehen nach als tuberculös ansehen musste, und bei denen eigentlich der operative Eingriff zur Entfernung der starken Exsudatansammlung schon geplant war. Alle 3 Kinder sind geheilt, und keine Spur eines Exsudats deutet bei den jetzt blühenden Kindern auf das stattgehabte Leiden hin. *Die Heilung ist keiner Operation zu danken*, sondern einer nicht operativen Behandlung: *Schmierseifeneinreibungen*, bei denen sich die Kinder zusehends erholten, das Exsudat mehr und mehr schwand. Die Fälle lehren also, dass man in chron. Fällen von Peritonitis mit Exsudat die Hoffnung nicht aufzugeben braucht, auch ohne Operation durchzukommen. Freilich

27\*

wird immerhin eine Reihe von Fällen übrig bleiben, bei denen man zu einer Operation wird seine Zuflucht nehmen müssen. — In der *Discussion* giebt zunächst Cassel seiner festen Ueberzeugung Ausdruck, dass *die Peritonitis tuberculosa spontan heilen kann*, jedenfalls nicht als absolut letale Affection gelten kann und nicht principiell ohne Weiteres operirt werden sollte. Autor hat selbst Fälle spontan, d. h. unter innerer Therapie heilen gesehen. Aber es sind das doch relative Seltenheiten, und welche Factoren die spontane Heilung in solchen Fällen herbeigeführt haben, können wir nicht entscheiden. Es kann ja auch die gute Pflege, die verbesserte Hygiene im Krankenhause der maassgebendere Factor sein. Auch Autor hat *Schmierseife* benützt, in letzter Zeit *Kreosotvasogen* (20 %), und er hat ebenfalls *den Eindruck gehabt*, als ob damit die Affection vortheilhaft beeinflusst würde. Aber wiederum kommen Fälle vor, wo sich solche Therapie als nutzlos erweist, und wenn bei einem Falle von Peritonitis tuberculosa das Fieber wochenlang anhält, wenn die Auftreibung des Abdomens immer zu- statt abnimmt, wenn die Tumoren, die man im Abdomen fühlt, sich vergrössern und nicht verkleinern, dann zögert Autor nicht, den Werth seiner inneren Behandlung für einen problematischen zu halten und die Pat. dem Chirurgen zu überweisen, der durch seinen Eingriff eine erkleckliche Anzahl sonst verlorener kindlicher Leben dauernd erhalten kann. — Lassar betont die Verwendbarkeit der Schmierseife auch für andere Entzündungsformen, wie specifische *Adenitiden*, bei *Epididymitis* und *Orchitis*. Man kann einen schmerzhaften Erguss, wie er im Gefolge einer Gonorrhoe auftritt, aber wahrscheinlich meist gar nicht direct gonorrhöischer Natur, sondern vielmehr eine durch Injections-Spritzen-Infection hervorgerufene Entzündung ist, nicht schneller und reizloser beeinflussen, als durch Schmierseife. Letztere wird allerdings nur vom Scrotum vertragen, wenn man sie aa mit Jodkalisalbe anwendet, welche Mischung während der Dauer des Bades applicirt und dann abgewaschen wird. Diese Anwendung von Jodkalisalbe und Sapo virid. aa durch 2 mal tägliche Massage während 10—15 Minuten zeitigt auch einen überraschenden Erfolg auf leichtere *Strumen*. — Senator kommt auf Baginsky's Fälle zurück. Auch er will.

ehe man sich zur Operation entschliesst, erst andere Mittel versucht wissen; und unter diesen verdient wirklich die Schmierseife eine besondere Empfehlung. Dass der Erfolg, wie Cassel meint, lediglich auf bessere Pflege und Ernährung im Krankenhause zu schieben sei, kann er nicht unbedingt zugeben, da seine Erfahrungen sich auch auf Kinder aus besseren Ständen beziehen, die in den besten Ernährungsverhältnissen lebten. Vor einem Jahre waren bei einem Kinde Autor, der Hausarzt und Israel in der Diagnose (subchronische tuberculöse Peritonitis nebst rechtsseitiger Pleuritis) einig, nur verschob Israel, weil die Haut durch die Einreibungen etwas entzündet war, um 3 Tage die Operation. Letztere unterblieb dann ganz, weil unterdessen auffallende Besserung eingetreten war. Es kam zu vollständiger Heilung. Um Reizungen zu vermeiden, benützt Autor eine *Salbe, bestehend aus gleichen Theilen Sapo kalin., Jodoform und Vaseline*. Er hält dafür, dass die Schmierseife (namentlich in dieser Verbindung mit Jodoform) durchaus verdient, versucht zu werden. — Auch Baginsky wendet keinesfalls grosse Mengen der Schmierseife an, nur 2—3 g täglich, die aber langsam und vollständig verrieben werden müssen. Tritt trotzdem Hautreizung ein, so setzt man eben die Behandlung für kurze Zeit aus.

(Berliner med. Gesellschaft 22. I. 1902 —  
Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 6.)

- Ueber die **Behandlung der Kehlkopftuberculose**, mit **Rücksicht auf die neueren Heilmittel**, lässt sich Dr. v. Tóvölgyi (I. med. Klinik Budapest) aus. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose bildet leider auch heute noch kein sehr dankbares Capitel der Therapie. Eines der ältesten Verfahren dabei ist ja die *Insufflation von Pulvern*. Zur Zeit ist dieselbe weit in den Hintergrund getreten und wird nur dort noch angewendet, wo im Kehlkopfe des in hohem Maasse geschwächten und seinem Ende nahen Pat. keine gesunde Parthie mehr anzutreffen ist, d. h. wo Oedeme, Geschwüre oder diffuse Infiltrationen eine solche Ausbreitung gewonnen haben, dass man von jeglichem energischen Eingriffe absehen muss. Dass die Insufflation keinen namhaften Nutzen bringen kann, ist selbstverständlich. Selbst im



Anfangsstadium des Leidens wird durch sie nichts weiter, als eine event. Reinigung der Geschwüre erreicht. Wo hingegen keine Geschwüre, sondern diffuse Infiltrationen oder gar tuberculöse Geschwülste vorhanden sind, ist dies Verfahren vollständig werthlos. Es darf geradezu als Kunstfehler bezeichnet werden, wenn man bei einem kräftigen, im Anfangsstadium der Kehlkopftuberculose befindlichen Pat. die Behandlung mit Pulverinsufflationen einleiten würde. Nicht nur, dass man so eine Heilung oder selbst eine bemerkenswerthe Besserung nicht erreichen kann, sondern man versäumt den Zeitpunkt, wo eine richtige Behandlung wahrscheinlich noch zum Ziele führen würde. Als eine Hilfsmethode, zur Unterstützung anderen Verfahren beigesellt, kann die Insufflation in gewissen Fällen wohl indicirt sein; doch auch dann hat sie mehr den Zweck, dass die Zeiträume zwischen den energischen Eingriffen nicht müßig verbracht werden, als selbstständig und heilend zu wirken. Dies gilt sowohl vom Jodoform, Thioform, Xeroform, Jodol, Nosophen etc., als auch vom Plumb. acet. und Morphinum. Anders, wenn die Insufflation zum Zwecke der Anaesthesirung geschieht. So hat Autor bei der Dysphagie der Tuberculösen oft gute Erfolge von *Orthoform* gesehen, das in den meisten Fällen das Cocain vollständig ersetzt; es ist nicht nur ungiftig, sondern besitzt auch den Vortheil, dass die Anaesthesie, wenn sie auch nicht so intensiv ist, doch bedeutend länger anhält, als beim Cocain; ausserdem vermag es zufolge seiner desinficirenden Wirkung die Reinigung der Geschwüre in geringem Umfange gleichfalls zu fördern. Zu *Pinselungen* hat Autor verschiedene empfohlene Mittel versucht: *Formalin* (2—10 %), *Orthoformoel* (25 : 150,0 Ol. Olivar.), *Paramonochlorphenol-Glycerin* (20 %), *Monochlorphenol-glycerin*, — sämmtlich ohne Erfolg, ebenso wie den von Schnitzler empfohlenen Perubalsam. Nur *ein* Mittel machte eine Ausnahme: Das *Phenolum natriosulfuricinicum* (kurz: Phenol. sulfuricinium), dessen ausgezeichnete Wirkung, besonders bei den krankhaften Zuständen des Stimmbandes, z. B. Heryng rühmte; es reducirt die tuberculösen Infiltrationen bedeutend, hebt die Endzündung auf und beeinflusst vortheilhaft die Dysphagie. Auch Autor wandte das Mittel vielfach an (jeden 2. Tag Pinselung mit 30 %igem Präparat), das

sich überall, wo hochgradige Entzündung, Infiltrate oder perichondritische Processe vorlagen, als sehr wirksam erwies. Freilich übt es auf tuberculöse Geschwüre bei weitem keine so gute Wirkung wie die Milchsäure aus, und es gelang nie, mit diesem Mittel allein Heilung von Geschwüren zu erzielen. Aber Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Hustenreiz konnten durch kein Mittel so rasch und dauernd beseitigt werden, als durch dieses, sodass viele Pat. es auch während der nachträglichen Pinselungen mit Milchsäure wieder verlangten. Von dem Rosenberg'schen *Mentholoel* (20 %) sah Autor dagegen ausser geringer Verminderung der Entzündung und kaum bemerkenswerther Besserung der Geschwüre nie einen Nutzen. Seine Erfahrungen zusammenfassend, stimmt Autor denen bei, die sogleich im Anfangsstadium der Kehlkopftuberculose ein energisches Verfahren empfehlen. Falsch ist es jedenfalls, mit Insufflationen und Pinselungen schwach concentrirter Lösungen die kostbare Zeit zu verschwenden, man gehe vielmehr je eher, je besser zu den starken Lösungen der als wirksam anerkannten Mittel über. Bei der *Milchsäure* ist es am zweckmässigsten, nach 2—3 maliger Pinselung mit 30—35 % iger Lösung sofort zu 75—80 % iger überzugehen. Beim Phenol. sulfuricin., Menthol u. A. ist diese Vorsicht nicht nöthig, man kann von Anfang an 30—50 % ige Lösungen anwenden. Am vortheilhaftesten ist es ferner, *Milchsäure*, *Phenol. sulfuricin.* und *Orthoformoel* mit einander abwechseln zu lassen, event. auch *Menthol*. Jedes dieser Mittel muss möglichst in dem Stadium der Krankheit angewendet werden, in welchem es seine besondere Indication hat. In Fällen von diffusen Infiltraten, perichondritischen Processen, starken Entzündungen ist die Behandlung mit Phenol. sulfuricin. zu beginnen und später das Heilen der Geschwüre der Milchsäure zu überlassen, während bei Dysphagie das Orthoformoel den Vorzug verdient. Natürlich gelingt es nicht immer, die Mittel so glatt anzuordnen, doch bezeichnet im Allgemeinen bei den einzelnen Krankheiten die Besserung, der Stillstand oder die Verschlimmerung des Processes selbst den Weg, der bei der Combinirung der Mittel einzuschlagen ist. Man kann auch so vorgehen, dass man ein Mittel, B. die Milchsäure, nachdem man es eine Zeit lang

ruhen liess, von Neuem vornimmt, dann bei Verminderung seiner Wirksamkeit es wieder aussetzt und inzwischen mit Phenol. sulforicin. oder Menthol u. s. w. pinselt. Hat man das combinative Verfahren lange angewendet, so kommt man schliesslich an einen Punkt, wo alle Mittel versagen. Man thut dann gut, für eine Zeit jede Behandlung zu unterlassen. Fällt dieser Zeitpunkt in die Sommermonate, so empfehle man dem Pat. eine Luftveränderung an, umsomehr, als es den meisten Pat. nicht möglich ist, einen Winteraufenthalt in Kairo oder Madeira zu nehmen. Aber die heissesten Monate in einem nahen Gebirgsdorf zu leben, können viele sich leisten. Dies ist fast unerlässlich, und kehren die Pat. von diesen trockenen, reinen Orten regelmässig sehr gebessert zurück. In den meisten Fällen gelangt man endlich doch an die Grenze, wo die Besserung still steht, ein weiterer Fortschritt durch nichts mehr zu erzielen ist; den Pat. auf diesem Grade der Besserung möglichst lange festzuhalten, bleibt dann als Aufgabe zurück.

(Die Therapie d. Gegenwart 1902, März).

- Die **Bedeutung des Lippspringer Silicium-Kalk-Stahlbrunnens in der Phthisiotherapie** erörtert Dr. Rohden (Lippspringe). Schon Kobert empfahl die Verwerthung des kieselsauren Natrons zur Behandlung der T., da sich aus Thierversuchen ergeben hatte, dass die Kieselsäure, die sich ja im Pflanzen-, Mineral- und Thierreich überall vorfindet, in ganz besonders enger Beziehung zum Bindegewebe des thierischen Organismus und speciell zu dem Lungengewebe steht. Kieselsäure ist geeignet, dem Zerfalle tuberculöser Lungeninfiltrate vorzubeugen und feste, fibröse Narben zu bilden. Das Mittel ist, wenn es rein ist, wie Merck's Natr. silicicum, völlig unschädlich. Autor hat nun dies Präparat in einer neutralisirten Lösung unter Luftabschluss von  $\text{CO}_2$  mit einem alkalischen, in seiner bedeutungsvollen Wirkung auf Stoffwechsel und Blutbildung sich immer mehr Anerkennung erwerbenden natürlichen Mineralbrunnen herstellen lassen, dem Lippspringer Kalkstahlbrunnen, und er kann gerade diese Verbindung, in welcher das kieselsaure Natron ausserordentlich bekömmlich ist, empfehlen, namentlich für mit starker Anaemie einhergehender Phthise, wo gerade die Verbindung des kiesel-

sauren Natrons mit einem alkalischen, eisen- und kochsalzhaltigen Mineralwasser ganz besondere Wirkungen zu entfalten geeignet ist. Das Silicium-„Kalkstahlwasser“ befördert zugleich Stoffwechsel und Diurese. Schon bei Genuss des Lippspringer Kalkstahlbrunnens allein stellt sich sehr bald erhöhter Appetit ein, dyspeptische Zustände verschwinden, die Verdauung regelt sich, der Stoffumsatz ist erhöht, desgleichen die Diurese, die Ernährung hebt sich, das Nervensystem erscheint gekräftigt. Diese Wirkungen treten noch mehr hervor, wenn Silicium hinzugefügt wird, und zumal im Anschluss an ein hygienisch-diaetetisches Heilverfahren können die besten Resultate erzielt werden. Die Trinkeur mit dem Silicium-Kalkstahlwasser dürfte daher auch für Volksheilstätten und Lungensanatorien ein wirkungsvolles Unterstützungsmittel zur Beschränkung der Progredienz der T. darstellen.

(Die aerztl. Praxis 1902 No. 6.)

## Vermischtes.

— **Agurin**, das neue Diureticum, hat auch Prof. Buchwald im Allerheiligen-Hospital in Breslau mit gutem Erfolge benützt. Er führt einige prägnante Fälle an:

1. Herzinsuffizienz, Klappenfehler, consecutive Oedeme, Ascites etc. Tagesurin 500, am 1. Tage nach Agurin 1500, am 2. Tage 2000, am 3. Tage 2600, am 6. Tage 3000.

2. Myocarditis, Cirrhosis hepatis. Durch Coffein Steigerung der gesunkenen Urinmenge bis 2000, dann Nachlassen. Durch Agurin am 4. Tage 3900.

3. Myocarditis, Nephritis chron., Ascites. 500 ccm Urin. Agurin 1.—4. Tag 1800, 5. Tag 2000, 6. Tag 2800, 7. Tag 3900, 8. Tag 3800.

In einzelnen Fällen, namentlich bei Ascites, war das Mittel wirkungslos, aber immerhin ist ein Versuch mit demselben (Preis etwa wie Diuretin) durchaus lohnend. Beste Darreichung in Pastillen (à 0,5) oder esslöffelweise in Aq. Menth. pip., sodass am Tage 2—3 g verbraucht werden.

(Schles. Aerzte-Correspondenz 1902 No. 9.)

- **Dionin** lernte Dr. A. Kurtz (Rohitsch-Sauerbrunn) in seiner Praxis schätzen. Bei *acuter Bronchitis* in allen Fällen guter Erfolg: selbst heftige Brustschmerzen liessen in kurzer Zeit nach, der Hustenreiz milderte sich, und bei trockenem Husten trat bald leichter Auswurf ein. Auch bei chron. Bronchitis und Emphysem mit Bronchitis wesentliche Besserungen. Hier gab Autor stets Dionin in Tropfenform (0,1:20,0 davon 20 Tropfen), während er es in Pulverform (à 0,02) ordinierte als Analgeticum. Als solches bewährte es sich bei heftigen *Gastralgieen* und *Kolik*en, wo es das Morphinum völlig ersetzte, sowie in einem Falle von *Carcinoma ventriculi*.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 3.)

- Ueber **Behebung der „Nahrungs-Stauung“ durch Lagerung auf der rechten Körperseite** schreibt Alfred Martinet: „In der täglichen Praxis tritt uns ausserordentlich oft eine Krankheitserscheinung entgegen, die man klinisch am besten mit dem Namen der „Nahrungs-Stauung“ bezeichnen könnte. Ihre Ursachen sind mannigfaltiger Art und ihr Mechanismus kann in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedener sein und so kommt die Nahrungs-Stauung in der That recht häufig zur Beobachtung. Sie spielt bei Verdauungs-Beschwerden, durch welche Ursachen diese auch immer hervorgerufen werden mögen, eine Hauptrolle, und ihre äusserst peinvollen Erscheinungen, das Gefühl von Völle in der Magengegend, von Beklemmung, von Schwere, die Schmerzen im Epigastrium in der Magengrube, das Angstgefühl, die Uebelkeit und manche andere Erscheinungen hören erst dann auf, wenn sich der Magen entweder durch Erbrechen entleert hat oder sein Inhalt durch den Magenpförtner in den Darm übergetreten ist. Bei den chron. Magen-erkrankungen — mag es sich nun um zu sehr gesteigertes oder allzu schwaches Functioniren des Magens, oder um Pyloruskrampf, oder um Muskelschwäche des Magens, oder schliesslich um Ueberempfindlichkeit gegenüber der Salzsäure in der Verdauungsperiode handeln — ist die Nahrungs-Stauung oder, mit anderen Worten, „das aussergewöhnlich lange Verweilen der Nahrung im Magen eine der häufigsten Erscheinungen, und vielleicht diejenige, die den Kranken am meisten belästigt, Schwere im Körper, das Gefühl von Beklemmungen, von Spannung

und Völle in der Magengegend, häufiges Aufstossen und auch thatsächliches Emporsteigen des Mageninhalts, rother Kopf, Schläfrigkeit, diese ganze, den Dyspeptikern wohlbekannte Kette von Erscheinungen, ist zum grossen Theil auf die Nahrungs-Stauung zurückzuführen. In allen Fällen, in denen die Ursache dieser Stauung nicht ein bleibendes mechanisches Hinderniss ist, etwa eine organische Veränderung wie die Krebsgeschwulst des Magenpfortners, giebt es ein sehr einfaches Heilmittel der Krankenpflege, das fast regelmässig, und zwar ziemlich schnell, die ganzen Krankheitserscheinungen zum Verschwinden bringt. Man lässt den Pat.  $\frac{1}{4}$  oder  $\frac{1}{2}$  Stunde nach beendigter Mahlzeit, dann also, wenn die Störungen zu beginnen pflegen, auf die rechte Seite, mit leicht erhöhtem Kopfe, auf ein Bett oder eine Chaiselongue legen, und in dieser Stellung schluckweise eine Tasse Lindenblüthen- oder Camillentheee, trinken. Sehr häufig hat schon die eingenommene Lage allein ein fast sofortiges Verschwinden einiger der unangenehmen Erscheinungen zur Folge. Besonders das Emporsteigen der Nahrung, das Aufstossen, die Brechneigung, das Schwindelgefühl pflegen sich zunächst zu verringern; dann hat oft schon nach einigen Minuten, doch auch bis zu  $\frac{1}{2}$  Stunde später, was in den verschiedenen Fällen wechselt, der Kranke das Gefühl, als ob nun der Magen seinen Inhalt entleert habe und damit schwinden auch die peinvollen Erscheinungen, der Pat. „fühlt seinen Magen nicht mehr“, das allgemeine Uebelbefinden macht einem Gefühle von Behaglichkeit Platz. Ganz anders verläuft jedoch der Fall, wenn der Kranke sich auf die linke Seite legen wollte. Dann steigert sich das Uebelbefinden, besonders das Hochsteigen und die Brechneigung nehmen zu, und thatsächliches Erbrechen erfolgt leichter und schneller. Das muss man für diejenigen Fälle im Auge behalten, in denen der Kranke das deutliche Gefühl hat, dass sich das Erbrechen nicht mehr aufhalten lässt: dann kürzt die Lagerung auf der linken Seite die beängstigende und peinliche Periode ab, welche jedem Erbrechen vorhergeht, und leistet somit dem Kranken einen wirklichen Dienst. Ich habe diesen Vorgang viele Male bei einer grossen Zahl von Kranken und auch an mir selbst beobachten und erhärten können. Wie kann man

nun den hier vorliegenden Zusammenhang erklären? Nach meiner Meinung auf die einfachste Weise. Der Magenpförtner, oder besser noch der Pylorus-Canal, durch den sich normalerweise der Magen nach dem Darm zu entleert, verläuft schräg nach rechts und nach hinten und dabei leicht nach oben. Im Stehen oder Sitzen liegt sein Lumen merkbar höher als der Magenfundus, sodass sich der Magen nur vermöge einer selbständigen, einer activen Zusammenziehung seiner Muskelfasern entleeren kann. Kommt es zur Stauung, so können deren Ursachen demnach, wenn man sie schematisch betrachtet, auf 3 Momente zurückgeführt werden: entweder auf musculäre Schwäche, auf Hypotonie, auf motorische Insufficienz der Magenwand also, oder aber auf Formveränderungen des Magens, auf Senkungen oder Erweiterungen des Magens, auf Abschnürungen, wie den Sanduhrmagen und ähnliche Bildungen und endlich auf Krampfzustände des Magenpförtners, auf die bereits erwähnte Hyperaesthesia hydrochlorica digestiva. Die rechte Seitenlage vermag wahrscheinlich bei dem Vorhandensein eines jeden dieser drei Factoren eine Einwirkung auszuüben. Denn nimmt nun der Kranke diese Lage ein, so verläuft nun der Pylorus nach unten und zugleich leicht nach hinten und bildet den tiefsten Punkt des Magens, der jetzt sich wie ein Trichter verhält, dessen untere Ausflussöffnung durch den Pylorus gebildet wird. Hierdurch gleicht die mechanische Bildung der Schwere, theilweise wenigstens, die motorische Insufficienz der Magenwände aus; sie hebt den ungünstigen Einfluss der Lage- und Formveränderung des Magens zum Theil auf, indem sie die Richtung der Magenachse verbessert und der Norm annähert; sie lässt den flüssigen Mageninhalt einen Druck auf den Pylorus ausüben, und kann dabei, im Falle eines Krampfes des Magenpförtners, die Perioden seiner zeitweiligen Erschlaffung ausnützen. Hierbei ist das Trinken heissen Lindenblüthen- oder Camillenthees nur ein nützliches Unterstützungsmittel; es ist übrigens ein altes Volksmittel und hat auch zweifellos eine mannigfache Wirkung. Denn das Getränk verdünnt und verflüssigt sicherlich den Speisebrei im Magen, und vermindert auch dessen Säuregrad und damit seine reizenden Eigenschaften; dieser letztere Umstand allein erklärt

schon die häufige Wirksamkeit des einfachen Verfahrens, denn der Krampf des Pylorus spielt eine wichtige Rolle bei der Nahrungs-Stauung; eine der häufigsten Ursachen dieses Krampfes ist die gesteigerte Empfindlichkeit der Magenwände in Folge zu reichlicher Salzsäureabscheidung. Der Thee wirkt aber sicherlich auch durch seine Temperatur, wenn wir auch bisher eine ausreichende Erklärung des unbestreitbaren Temperatureinflusses noch nicht besitzen; aber es sei an die Wirksamkeit der warmen alkalischen Quellen, wie der von Carlsbad und ähnlicher erinnert; Germain Sée lehrte, dass warme aromatische Getränke ausgezeichnete Verdauungsmittel seien, dass „sie auf die Magenschleimhaut einen günstigen Reiz ausüben, der das Verweilen der Nahrung im Magen abkürzt“.

(Die Krankenpflege, Januar 1902.)

- **Erfahrungen über Theinhardt's Hygiana** publicirt Dr. Schlesinger (Frankfurt a. M.). Hygiana, ein hellbraunes feines Pulver von mildem angenehmem Geschmack, aus condensirter Milch hergestellt, der besonders präparirte Cerealien und etwas Cacao zugesetzt ist, wurde Erwachsenen zu 15—20 g, Kindern zu 8—10 g auf  $\frac{1}{4}$  Liter Milch mehrmals täglich gereicht. Ein derartiges Getränk enthält etwa 280 resp. 227 Calorieen ( $\frac{1}{4}$  Liter Milch nur 172), sodass auf diese Weise der Nährwerth der Milch bequem nicht unerheblich gesteigert werden kann. Autor hatte in letzter Zeit mehrfach Gelegenheit dies, auch gar nicht theuere (300 g = Mk. 1.60) Mittel zu verordnen, und zwar bei *Ulcus ventriculi*, sowie bei schlecht genährten, *anaemischen* Pat., wo eine Ueberernährung indicirt war. Von allen wurde das Präparat stets gut vertragen und der reinen Milch vorgezogen, selbst wochenlang anstandslos tolerirt. Der Ernährungszustand hob sich, das Körpergewicht nahm beträchtlich zu, sodass das Präparat als werthvolles Unterstützungsmittel bei derartigen Curen bezeichnet werden muss. Einmal eignet es sich durch seine Schmackhaftigkeit in hohem Maasse dazu, Pat., welche sonst den Genuss grösserer Quantitäten von Milch verweigern, denselben zu erleichtern, dann ist noch sein eigener Nährwerth in Anrechnung zu bringen, da bei



einem täglichen Gebrauch von 60 g dem Körper ca. 260 Calorieen zugeführt werden.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 6.)

- Die Inversion bei einem schweren Falle von Prolapsus coli benützte mit Erfolg Dr. K. Pfister (Neubrunn). Eiligst zu einer 35jähr. Frau wegen „Blutsturz nach unten“ gerufen, fand er die Pat. fast verblutet, mit den Zeichen hochgradigster Anaemie. Die Anamnese ergab, dass sie seit einigen Tagen an Diarrhoe leide, und dass während des letzten Stuhles unter starkem Pressen und heftigen Leibschmerzen der Darm zum After herausgetreten sei. Der prolabirte Darm präsentirte sich als 25 cm langer, fast bis zu den Knien reichender, stark mannsarm dicker, tiefblauschwarzer, wurstähnlicher Tumor, dem aus zahllosen kleinen Schleimhautdefecten schwach blutig gefärbtes Serum entsickerte; zwischen Analring und Darm konnte der Finger leicht ein- und herumgeführt werden. Repositionsversuche misslangen; bei den Bestrebungen, den Darm zurückzubringen, schien immer mehr vorzufallen. Da liess Autor, um die Wirkung der Bauchpresse möglichst auszuschalten, um den Zug der Gedärme mithelfend wirken zu lassen und um die passive Hyperaemie zu verringern, die Pat. von 2 Männern an den Beinen vertical emporheben. In dieser Stellung glückte auch in wenigen Secunden, was vorher langen Bemühungen widerstand; dem ersten Drucke gehorchend schlüpfte der prolabirte Darm vollständig zurück. Die Inversion hatte zudem auch mächtig autotransfusorische Wirkung: Mit einem Schlage verschwanden die Erscheinungen der acuten Anaemie. Diese belebende Wirkung suchte Autor durch Bindeneinwicklung und Hochlagerung der Extremitäten, durch Erwärmung, Excitantien festzuhalten, ordinirte Opium, legte nach Wattepolsterung der Vulvar- und Analgegend eine improvisirte T-Binde an (strickförmig zusammengedrehtes, zwischen Nates und Schenkel durchgeführtes Handtuch) und liess mehrmals täglich warme Darmeingiessungen von Kal. permang. in geringen Quantitäten machen. Weiterer Verlauf glatt: am 10. Tage stiess sich ein 20 cm langes, gangraenöses Darmstück ab, die Pat. erholte sich von da ab schnell und blieb gesund.

(Der prakt. Arzt 1902 No. 2.)

## Bücherschau.

- Der Gedanke, für den Examenscandidaten ein Universal-Repetitorium zu schaffen, muss als glücklicher bezeichnet werden. In Jünger's kürzlich erschienenem Buche **Das Physicum** ist er auch in recht geschickter Weise zur Ausführung gelangt, und dürfte dasselbe (Breslau, Verlag von Preuss & Jünger) sich bald grosser Beliebtheit erfreuen. Es enthält eine kurze Bearbeitung der Anatomie, Physiologie, Zoologie, Botanik, Physik und Chemie, und zwar eine Bearbeitung, die es fast ausschliesst, dass jemand auf den thörichten Gedanken verfielen, das Buch als Studienmittel zu betrachten, ohne vorher mit dem Stoffe sich durchaus vertraut gemacht zu haben. Wer dagegen vor dem Physicum sich noch einmal alles, was er bisher gelernt, ins Gedächtniss zurückrufen, wer sich noch einmal davon überzeugen will, ob sein Wissen nicht hie und da noch eine Lücke enthält, dem wird das übersichtlich klar und knapp gefasste Werkchen gewiss von Nutzen sein.
- Das von v. Mehring herausgegebene **Lehrbuch der inneren Medicin** (Verlag von G. Fischer, Jena) hat trotz der Fülle der bereits vorhandenen Werke doch volle Existenzberechtigung und dürfte recht schnell beliebt werden. Es vereinigt nämlich die Vorzüge der grossen Sammelwerke, in welchen jede Krankheitsgruppe von den durch eigene Forschung berufensten Autoren bearbeitet wird, mit derjenigen Kürze, wie sie der Student und der beschäftigte Arzt fordern müssen. Das grosse Gebiet ist auf ca. 1070 Seiten erledigt worden. Wenn trotz dieses verhältnissmässig ausserordentlich knappen Raumes Lücken in der Darstellung sich nicht finden, so beruht das darauf, dass die Autoren — wir nennen von denselben ausser dem Herausgeber noch Gerhardt, His, Gumprecht, Vierordt, Stern, Moritz, Klemperer, Krehl etc. —, die v. Mehring heran-

gezogen, durchaus Herren ihres Stoffes sind und es vorzüglich verstanden haben, unter Berücksichtigung rein praktischer Gesichtspunkte, ihre Themata so kurz und doch so klar und übersichtlich, wie nur möglich, darzustellen. Dazu kommt der Umstand, dass das Werk mit 207 Abbildungen splendid ausgestattet, dass der Preis ein auffallend geringer ist (Mk. 12, gebd. Mk. 14), — es wird zweifellos seinen Weg machen.

- J. Henle's **Grundriss der Anatomie des Menschen** ist, bearbeitet von Fr. Merkel in 4. *Auflage* erschienen (Braunschweig, Vieweg & Sohn). Das Werk, bekanntlich aus 2 Bänden, einem textlichen und einem Atlas bestehend, erfreut sich bereits derartiger Beliebtheit und Verbreitung, dass es besonderer Empfehlung nicht bedarf. In dieser neuen Auflage finden sich wieder zahlreiche Verbesserungen in beiden Theilen; der Text wurde vollständig umgearbeitet und mit den neuesten Ergebnissen der Forschung in Einklang gebracht, und auch eine Anzahl alter Abbildungen, welche nicht mehr ganz genügten, wurden durch neue ersetzt, wobei die sehr vervollkommeneten Reproductionsmethoden zur vollen Geltung kamen. Das Werk (Preis Mk. 28, gebd. Mk. 32) steht also durchaus auf der Höhe der Zeit und dürfte sich zahlreiche neue Freunde erwerben.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 10.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Juli

XI. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Alkoholismus.** Einen Beitrag zur Behandlung des **Delirium tremens** liefert Dr. C. H. Gerwin (Grenzhausen). Früher war man allgemein der Ansicht, dass man bei chronischem A., ebenso wie bei der chron. Morphinumvergiftung das krankmachende Gift nicht plötzlich entziehen dürfe. Wie man aber heute Morphinum plötzlich ohne Qual entzieht, ohne ein Ersatzmittel anzuwenden, ebenso kann man auch den Alkohol plötzlich entziehen, unter allen Umständen, ohne irgend welchen Schaden anzurichten. Ja, man steht heute auf dem Standpunkt, dass man durch die Alkoholdosen, die man einem Säufer im Krankenhause etwa giebt, geradezu das drohende Delirium hervorruft, statt es zu verhüten. So wie es früher als Evangelium angesehen wurde, dass die Entziehung des Alkohols ein Delirium

hervorrufen könne, und oft hervorrufe, so neigt man sich jetzt der Ansicht zu, dass man *durch plötzliche Entziehung des Alkohols ein drohendes Delirium verhüten kann*. Die Gefahr der plötzlichen Alkoholentziehung wurde früher zum Mindesten stark überschätzt. Seitdem sowohl physiologische Experimente, wie Stoffwechseluntersuchungen einwandfrei bewiesen haben, dass der Alkohol kein Stärkungs- und kein Sparmittel repräsentirt, sondern auch in kleinen Dosen das Zelleneiweiss schädigt, einen Zerfall des Protoplasmas erzeugt, können uns gegentheilige Erfahrungen, über die auch Autor reichlich verfügt, nicht Wunder nehmen. Autor trägt jetzt auch kein Bedenken, allen seinen Pat. den Alkohol zu verbieten; er hat dabei nie, selbst bei Lungenentzündungen nicht, Delirium eintreten sehen. Um aber auch andere Urtheile zu hören, wandte er sich an Prof. Kraepelin (Heidelberg) und Prof. Bleuler (Zürich), an dieselben folgende Fragen richtend: 1. Ist es schädlich, plötzlich den Alkohol ganz zu entziehen? 2. Kann durch Entziehung ein drohendes Delirium zum Ausbruch kommen? 3. Kommt es durch plötzliche Entziehung häufig zum Ausbruch? 4. Behandeln Sie noch an Delirium leidende Pat. mit Alkohol? Kraepelin verneinte diese Fragen, und auch Bleuler antwortete: „Unter gewöhnlichen Umständen Alkoholikern Alkohol zu entziehen, ist nützlich, nicht schädlich; alle unsere Trinkerheilanstalten, die meisten Irrenheilanstalten der Schweiz verfahren so. Ob bei hochgradiger Herzschwäche (Del. trem., Pneumonie) eine Ausnahme gemacht werden soll, ist mir sehr fraglich. Im Burghölzli hat man seit vielen Jahren nur ein einziges Mal bei drohendem Herzcollaps eines schweren Del. trem. etwas Alkohol gegeben, und ist sehr zufrieden mit dieser Behandlung. Dass durch plötzliche Entziehung Del. trem. erzeugt werde, habe ich trotz grosser Erfahrung (ca. 1000 Fälle) nicht gesehen. Prof. Forel hält auch in den angeführten Fällen seit den 80er Jahren den Alkohol für schädlich, niemals für nützlich. Rose hat durch Alkoholgaben den Ausbruch des drohenden Del. trem. verhüten wollen, nach meinem Dafürhalten mit gegentheiligem Erfolg.“ Hiernach ist die alte Anschauung der Alkoholbehandlung des Del. trem. stark ins Wanken gekommen. Denn worauf kommt es bei Behandlung

des Del. trem. besonders mit an? In erster Linie doch auf Erhaltung der Herzthätigkeit. Nun wissen wir aber, dass die Wirkung des Alkohols auf die Musculatur überhaupt, besonders auch auf den Herzmuskel, eine äusserst flüchtige ist, und dass sie immer eine langwährende Erschlaffung zurücklässt, die auch durch grosse Alkoholdosen in der Regel nicht wieder ausgeglichen werden kann. Hält man es für nöthig, ein Herzmittel anzuwenden, so wird man besser zu *Campher* resp. *Digitalis* greifen, je nach Indication. Damit aber die Herzschwäche ausbleibt und der asthenische Gehirnzustand sich möglichst bald zurückbildet, ist *reichliche Ernährung* das, was am meisten noth thut. Erregung und Schlaflosigkeit bekämpft man am besten mit Morphium, Chloral etc., event. in Verbindung mit Campher.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 7.)

**Anaesthetie, Narkose.** Einen Chloroformtod in Herzlähmung hatte Prof. L. Laqueur (Strassburg, Univers.-Augenklinik) bei einem 14jähr. Knaben, den er im September 1901 behufs Enucleation eines schwer verletzten Auges narkotisiren wollte. Der Knabe, von kräftiger Constitution, vorher nie krank gewesen, mochte 1 Minute lang das auf die Esmarch'sche Maske aufgeträufelte Chloroform geathmet haben, als er plötzlich sehr erregt wurde und sich unruhig hin und her warf. Dies Excitationsstadium dauerte höchstens 1 Minute, während der er das tropfenweise auf die Maske fallende Chloroform weiter athmete; da mit einem Male wurde das Gesicht leichenblass, der Kopf fiel zurück, der Herzschlag war verschwunden, Pat. blieb trotz  $1\frac{1}{2}$  Stunden lang fortgesetzter künstlicher Respiration, Massage des Herzens, Zungentraktionen, Aetherinjectionen etc. todt. Das angewandte Chloroform war von tadelloser Beschaffenheit, es waren höchstens 2 g verbraucht worden; vor der Narkose war das Herz normal befunden worden, während derselben wurden Puls und Respiration genau beobachtet. Die Section ergab eine Reihe von anatomischen Veränderungen verschiedener Organe, aber keine, welche den blitzartig erfolgten Tod zu erklären im Stande wäre; weder am Herzen, noch am Respirationsapparat, noch im Gehirn wurde eine wesentliche Läsion

28\*

angetroffen. Constatirt wurden *Persistenz und Hyperplasie der Thymusdrüse, Hypertrophie der Balgdrüsen des Zungengrundes und starke Vergrösserung der Milz*, und nur diese Befunde waren mit dem Unglücksfall in Zusammenhang zu bringen. v. Kundrat hat Sectionsergebnisse von zwölf an Herzlähmung in der Chloroformnarkose Gestorbenen veröffentlicht. Als wesentliches Resultat der Obductionen ergab sich, dass in keinem der zwölf Fälle am Herzen, an den grossen Gefässen und im Gehirn eine erhebliche Läsion bestand. Dagegen fand sich *constant eine vergrösserte Thymusdrüse* (nota bene bei Individuen, deren jüngstes 12 Jahre alt war, also in einem Lebensalter stand, in welchem normaliter die Thymusdrüse in der Rückbildung begriffen, resp. gänzlich geschwunden ist), 8mal Hypertrophie der Balgdrüsen des Zungengrundes, 7mal Milzschwellung. Also eine auffallende Uebereinstimmung mit obigem Sectionsergebnisse! Da Hyperplasie der Thymus constant angetroffen wurde, wird auf sie das Hauptgewicht zu legen sein. Schon längst hat man diese bei plötzlichen Todesfällen auch aus anderen Ursachen aufgefunden. Bei Durchsicht der Litteratur sehen wir plötzliche Herzlähmung bei Kindern und jüngeren Leuten bald durch Einathmung von Chloroform- oder Aetherdämpfen, bald durch kurzes Untertauchen in Wasser, bald durch Injection von Diphtherieserum, ja nach blosser Einführung des Mundspatels (Pott) eintreten; und bei allen diesen Individuen deckte die Section als einzig constante Veränderung die vergrösserte Thymus auf. Dass diese mit der Herzlähmung in causalem Zusammenhang stehen muss, ist also klar. Es kann sich aber nur um eine indirecte Wirkung handeln; vielleicht produciren die vergrösserte Thymus in ihrer inneren Secretion und die übrigen geschwollen aufgefundenen lymphatischen Organe eine Substanz, welche auf die Nervenapparate des Herzens giftig einwirkt. Praktisch folgt daraus, dass Kinder und jugendliche Personen, welche mit einer vergrösserten Thymus behaftet sind, gegebenenfalls von der Wohlthat der allgemeinen Narkose ausgeschlossen werden müssen. Das Leben dieser Individuen hängt an einem Faden, der aus geringfügigem Anlass reissen kann. Aber wie sollen wir die Anomalie erkennen? Man sollte a priori glauben,

dass das voluminöse Organ sein Vorhandensein durch die Dämpfung des Percussionsschalles hinter dem Manubrium sterni verrathen müsste. Nach Daut soll dies zuweilen wirklich der Fall sein. Auch Biedert giebt an, dass die vergrösserte Drüse durch eine Dämpfung hinter dem oberen Theil des Sternums aufgefunden werden kann. Freilich kann diese auch durch Schwellung der Bronchialdrüsen bedingt sein; die Dämpfung durch die Thymus soll aber nicht so oft, wie die durch die Bronchialdrüsen hervorgebrachte, über das Sternum hinausgehen, und letztere soll auch auf dem Rücken nachweislich sein. Indessen giebt Biedert zu, dass die Differentialdiagnose sehr schwierig sei. Laqueur kennt zwar einen Fall, in welchem die Thymusvergrösserung richtig diagnosticirt und durch die Section bestätigt worden ist; allein dies wird gewiss nur in besonders günstigen Fällen gelingen, und zwar darum, weil auch das vergrösserte Organ dünn und platt ist und auf den Percussionsschall keinen wesentlichen Einfluss ausüben kann. Auch von der Untersuchung mit Röntgenstrahlen ist kein brauchbares Resultat zu erhoffen. Wir werden daher versuchen müssen, auf indirectem Wege zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu gelangen. *Da fast immer eine bedeutende Vergrösserung der Follikel des Zungengrundes die Persistenz und Hyperplasie der Thymus begleitet, so können wir aus der Hypertrophie der Follikel auf die vergrösserte Thymus schliessen,* und der Schluss wird um so mehr berechtigt sein, wenn wir gleichzeitig die übrigen Gebilde des „lymphatischen Rachenringes“, die Tonsillen, die Follikel der hinteren Rachenwand und die Rachentonsille hypertrophirt, die Milz vergrössert finden. Die Hypertrophie der Zungentonsille ist aber diagnosticirbar; wenn nicht bei Säuglingen, wegen der technischen Schwierigkeiten, so doch bei grösseren Kindern und Erwachsenen. Stärkere Hypertrophieen sind ohne Weiteres sichtbar, wenn man die Zunge mit dem Spatel herabdrückt; zweckmässiger ist allerdings die Anwendung des Kehlkopfspiegels. Die Hypertrophie erscheint in verschiedenen Formen: manchmal in Form von multiplen hügeligen Anschwellungen, zuweilen als eine einzelne halbwallnussgrosse, selbst gestielte Geschwulst; es kommt auch vor, dass nur die eine Hälfte der Zungentonsille hyper-



trophirt ist. Eine grosse Zahl von Fällen verläuft ganz symptomlos; in einer anderen Reihe von Fällen werden mannigfache Störungen hervorgerufen, zum Theil auf mechanischem Wege (besonders häufig der sogen. Globus hystericus), zum Theil durch Reflexneurosen. *Auf diese Gebilde des Zungengrundes wird daher der Arzt in Zukunft achten müssen, wenn ein Kind oder eine jugendliche Person der allgemeinen Narkose unterworfen werden soll!*

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 7.)

- **Acoin als Ersatz des Cocain für die Schleich'sche Localanaesthetie** empfiehlt W. Spindler wegen der bedeutend längeren Dauer der durch das Acoin erzeugten Anaesthetie; es wird dadurch die schmerzlose Ausführung von Operationen, die 40—50 Minuten dauern (Dauer der Cocain-Wirkung, wie auch von Tropicocain, Eucain bloss 10—15 Minuten) ermöglicht, ohne stärkere, als die bekannten Schleich'schen Lösungen zu verordnen, also

Rp. Acoin. 0,1—0,2  
 Natr. chlorat. 0,8  
 Aq. dest. 100,0

Die Injection verursacht leichtes Brennen, die Wirkung tritt in ca. 1 Minute ein, Nachschmerz ist meist nicht vorhanden. Zur *Expression von Trachom-follikeln* ist es empfehlenswerth, von einer  $\frac{1}{2}$ —1%igen Lösung so viel in die Uebergangsfalte der Conjunctiva zu injiciren, dass diese sich leicht vorwölbt; die Expression lässt sich jetzt schmerzlos und radical bewerkstelligen. Reizerscheinungen in wenigen Tagen vorübergehend. Das Acoin ist relativ ungiftig, und 1%ige Lösung wochenlang haltbar. \*)

(Wratsch 1902 No. 14.)

- **Dr. Ritsert's Anaesthesin als locales Anaestheticum** empfiehlt warm Prof. C. v. Noorden (Frankfurt a. M.), der das von Ritser schon 1890 empfohlene Präparat seit 2 Jahren mit bestem Erfolge anwendet. Anaesthesin oder para-Amidobenzoessäure-Ester\*\*) ist ein weisses, ge-

\*) Wir verdanken diese Mittheilung Herrn J. Jwanoff, der uns sie lebenswürdiger Weise brieflich übermittelte.

\*\*) Von den Höchster Farbwerken dargestellt.

schmack- und geruchloses Pulver, schwer in kaltem, leichter in warmem Wasser, sehr leicht in Spiritus, Aether, Chloroform, Fetten und Oelen löslich. Binz und Koberst stellten Thierversuche an, welche ergaben, dass das Präparat ungiftig ist, und v. Noorden hat bei den klinischen Versuchen nie irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen erlebt. Intern per os wurde das Mittel zunächst als Pulver (2—3 mal tägl. 0,3—0,5) gegen *Hyperaesthesia des Magens* gegeben. Es handelte sich um Fälle von schmerzhaften Empfindungen nach der Nahrungsaufnahme und um Brechreiz, meist infolge *nervöser Dyspepsie*, aber auch von *Ulcus ventriculi*. Das Mittel erwies sich als mindestens gleichwerthig dem Chloroform, Chloral, Orthoform, öfters übertraf es diese an Intensität und Dauer der Wirkung. Man verabreiche das Medicament 10—15 Minuten vor der Nahrungsaufnahme; mehr als höchstens 2,5 g pro die wurde nicht ordinirt. Zuckerplätzchen und Gummibonbons mit 0,02—0,03 des Medicamentes wurden bei *Hustenreiz* und *Schlingbeschwerden* gegeben, wo dieselben vom Pharynx und Kehlkopfeingang ausgelöst wurden. Sie wirkten sehr beruhigend, und zwar länger als z. B. die Anginapastillen; auch Pat. mit *Larynx-tuberculose* hatten grosse Erleichterung. Auch zur Bekämpfung der *Hyperaesthesia des Kehlkopfes* wurde Anaesthesin verwandt, als Inhalationen einer mit Wasser verdünnten Gummi Tragacanth-Emulsion (10 %) und einer 3 %igen Lösung von Anaesthesin in 45 Theilen Alkoh. absol. und 55 Th. Wasser, sowie Bestäubung des Kehlkopfes mittelst des Kabierske'schen Zerstäubers. Alle 3 Formen bewährten sich, namentlich die letztere. Das Mittel reizte gar nicht, es war das beste locale Anaestheticum in Pulverform für den Kehlkopf, das Autor bisher benützte. Als Suppositorium (0,2—0,5) kam das Mittel bei *Tenesmus* und schmerzhaften *Haemorrhoiden* in Anwendung. Bei Tenesmus infolge entzündlicher Reizung der Schleimhaut befriedigte es nicht, Opium und Belladonna wirkt da entschieden besser. Dagegen bewährte es sich bei schmerzhafter Schwellung von Haemorrhoidalknoten ausgezeichnet; es beruhigte nicht nur Schmerz und Jucken, sondern schien auch die Abschwellung der Knoten wesentlich zu begünstigen. Als Stäbchen (0,3) wurde es in 3 Fällen

von *Blasenzwang* in die weibliche Harnröhre eingeführt. Das eine Mal war eine nicht gonorrhoeische, sondern auf mechanische Reizung zurückzuführende Urethritis die Ursache der Beschwerden, in den beiden anderen Fällen handelte es sich um rein nervöse Beschwerden. Alle 3mal vollkommener Erfolg; wenige Bacillen genügten zur Beseitigung der Beschwerden. Glänzende Erfolge brachte Anaesthesin bei gewissen Formen von *Pruritus*. Insbesondere erwies es sich gegen den *Pruritus vulvae* in Fällen von Diabetes mellitus wirksam (Salben mit Ad. lanae, 10%). Autor hatte mehr als ein Dutzend Fälle in Behandlung, wo dieses quälende Leiden im Vordergrund aller Beschwerden war und durch kein anderes Mittel beeinflusst wurde, während Anaesthesin prompt wirkte. Später wurden auch stark juckende chron. perianale *Ekzeme*, Scrotalekzeme und andere circumscripte Ekzeme so behandelt; neben stundenlanger Beseitigung des Juckreizes schien das Mittel auch die Ekzeme selbst günstig zu beeinflussen, desgleichen *Intertrigo*. Auch bei *Pruritus* bei Diabetes, Icterus, Nephritis, bei senilem *Pruritus* wurde die 10%ige Salbe öfters erfolgreich angewandt. Schliesslich brachte Autor Anaesthesinpulver oder Salbe auf schlecht heilende Wunden (*Ulcus cruris*, Hautgangraen bei Diabetes) und constatirte deutliche anaesthesirende Wirkung, auch die Wundheilung begünstigende; es erwies sich auch hier als absolut reizlos.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 17.)

- Anaesthesin verwandte Oberstabsarzt Dr. Dunbar (D. Eylau) zur *localen Anaesthesie bei kleineren Operationen*, und zwar das *salzsaure Salz*, das sich am wirksamsten in folgender Form erwies:

Rp. Anaesthesin. hydrochlor. 0,25  
 Natr. chlorat. 0,15  
 Morph. hydrochloric. 0,015  
 Aq. dest. 100,0

Diese Lösung wurde intracutan bis zur Erzeugung einer weissen, quaddelartigen Erhebung der Haut in der ganzen Ausdehnung des zu operirenden Theiles eingespritzt, indem sich je nach dem Fortgange der Operation weitere Einspritzungen in die tieferen Gewebsschichten anschlossen. Nie unangenehme Neben-

erscheinungen. Man kann dreist genügend Injectionen machen, da das Mittel *durchaus ungiftig* ist. Autor entfernte damit Warzen, Narben, Atherome, operirte Phimosen etc., ohne dass die Pat. einen Schmerz fühlten. Sofort nach Einspritzung ist Anaesthetie im Bereich des infiltrirten Gewebes vorhanden. Anaesthetin ist viel billiger als Cocain.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 20.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Lysoform**

**kein wirksames Desinficiens!** Zu diesem Resultat kam Fr. Hammer (Univers.-Frauenklinik, Würzburg) auf Grund der mit dem Mittel angestellten Versuche, welche zeigten, dass das Lysoform desodorisirende Kraft hat, aber selbst in höherer Concentration Keime nicht abtödtet, wenigstens nicht in einer Zeit, welche bei der Geburtshilfe maassgebend ist, sodass also namentlich hier das Mittel als Antisepticum völlig werthlos ist.

(Centralblatt für Gynaekologie 1902 No. 17.)

— Die **Bedeutung des Chinins für die Wundbehandlung** hat Dr. Marx (Lübbecke) bereits betont\*). Er macht jetzt weitere Mittheilungen. Er benützte eine 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ige Lösung:

Rp. Chinin. hydrochloric. 1,0

Spir. rectific. 3,0

Aq. dest. ad 100,0

S. Vor dem Gebrauch auf Körpertemperatur zu erwärmen!

Wie Versuche ergaben, *steht die Desinfectionskraft derselben über der des Carbols und Formaldehyds*, nimmt eine Stelle ein in der Mitte zwischen diesen und Sublimat. Ausserdem wirkt sie *ausgezeichnet styptisch*, stillt jede parenchymatöse Blutung. Bringt man in die Lösung getauchte Tampons auf Wunden resp. in blutende Wund- und Körperhöhlen, so ist nach <sup>1</sup>/<sub>2</sub> Minute die Wundhöhle trocken, resp. die Blutung gestillt, zudem jede Entwicklung pathogener Keime gehemmt. Daher eignen sich solche Tampons vorzüglich für frische Wunden, auch zu operativen Zwecken angelegte. Aber auch bei bereits inficirten lohnt sich ein Versuch, jeden-

\*) S. Excerpta XI, S. 148.

falls sah Autor nie schädliche Nebenwirkungen. Er stellte sich auch Chiningaze her (5 g Chinin : 15 g Alkohol : 170 g Wasser : 500 g Gaze), die wie Jodoformgaze wirkt, aber natürlich geruchlos ist. Der feuchte Chinintampon desodorisirt auch, doch lasse man ihn nicht länger als 24 Stunden liegen, da Chinin Eiweiss coagulirt und leicht sonst Coagulationsnekrose hervorrufen könnte.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 16.)

- Ueber Wundbehandlung mit Protargol macht Dr. C. A. Protin (New-York) Mittheilung. Da Silbernitrat von jeher als ein gutes Stimulans bei träger Granulation diene, vermuthete er im Protargol auch in dieser Beziehung einen wegen seiner Tiefenwirkung und der Schmerzlosigkeit seiner Anwendung brauchbaren Ersatz. Diese Erwartung erfüllte sich vollständig, Protargol erwies sich bei *varicösen Geschwüren* zum Trocknen der Secretion, als Stimulans für Granulationen und als Desinficiens sehr brauchbar, ebenso bei *traumatischen Geschwüren* als ausgezeichnetes Vernarbungsmittel. Es wurde hauptsächlich als 5—10%ige Salbe, auf Gaze gestrichen, angewandt. Solche, in den Wundcanal eingelegt, bewährte sich auch sehr bei *Afterfisteln*; diese heilten in 1—1½ Monaten ohne Operation aus.

(The American Therapist 1902 No. 5.)

- Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica stellte Dr. O. Sachs in der Breslauer Dermatol. Klinik an. Die als „Harnantiseptica“ bekannten Medicamente finden in zweifacher Richtung ausgedehnte Anwendung: zu prophylaktischen und zu therapeutischen Zwecken. Als Prophylactica kommen sie beim Einführen von Sonden in die Blase, beim Katheterismus, bei der Cystoskopie, bei Ureterenkatheterismus, beim Einlegen eines Verweilkatheters immer mehr in Gebrauch. Bei diesen instrumentellen Eingriffen besteht die Gefahr, dass auf dem Wege vom Orificium extern. zur Blase oder bis in den Ureter oder gar ins Nierenbecken Mikroorganismen verschleppt werden. Wenn die Einführung häufig geschieht, so wird auf einer irritirten Schleimhaut die Secretion vermehrt, und die mitgenommenen Bakterien finden hier den besten Nährboden.

Therapeutisch werden sie benützt bei Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis, bei Prostatikern mit inficirtem Residualharn, Stricturen, bei Bakteriurie. Aus den klinischen Erfolgen allein ist es schwer, ein sicheres Urtheil über die angewendeten Mittel zu fällen, da Erkrankungen wie Cystitis, Pyelitis, Bakteriurie sehr oft einen ganz unregelmässigen Verlauf nehmen, ja eine Reihe von Erkrankungen der Harnwege oft ohne ärztliches Eingreifen eine überraschende Besserung zeigt, wenn es uns gelingt, die Pat. in Ruhe zu halten. Deshalb ist es auch schwierig, klinisch aus Abnahme oder Verschwinden der Bakterien sichere Schlüsse über die angewendeten Mittel zu ziehen. Es erscheinen daher experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der verschiedenen Harnantiseptica nothwendig behufs Feststellung, ob der Harn bei innerer Darreichung derselben entwicklungshemmende oder bakterientödtende Eigenschaften erhält. Diese Versuche wurden theils an inficirtem Harn (Cystitis), theils an normalem, dem Bakterienkulturen zugesetzt wurden, angestellt. Bei *Urotropin* zeigte sich in den meisten Fällen nach Tagesdosen von 4 g und mehr schon nach 2—3 Stunden eine bakterientödtende Wirkung des Harnes; bei geringeren Dosen (2—3 g) trat innerhalb 6 Stunden auffällige Abnahme, innerhalb 24 Stunden meist völlige Abtödtung ein. Am nächsten an Desinfektionskraft stehend erwies sich die *Salicylsäure*; bei 4 g pro die innerhalb 4 Stunden theilweise Abtödtung der im Harn befindlichen Mikroorganismen. Während aber Urotropin selbst in einer Tagesdosis von 8 g auch durch längere Zeit ohne Beschwerden vertragen wurde, machten 3—4 g Salicyl pro die öfters unangenehme Nebenwirkungen. *Ol. Santal. ostind.* zeigte in einer Tagesdosis von  $8 \times 0,5$  und  $10 \times 0,5$  (in Kapseln) mässige Abnahme des Bakterienwachstums, desgleichen bei *Methylenblau* (Tagesdosis von  $6 \times 0,1$  und  $8 \times 0,1$ ), *Salol* (6 g pro die), *Bals. Copaiv.* ( $5-6 \times 0,5$  pro die), *Ol. Terebinth.* ( $10 \times 0,5$  g), *Acid. camphoric.* (4—5 g pro die). Kal. chloric., Acid. boric. und Fol. uvae ursi blieben ganz wirkungslos. *Als weitaus wirksamstes Harnantisepticum ist also Urotropin anzusehen, demnächst Salicylsäure, die aber nicht frei von Nebenwirkungen ist.*

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 17.)

**Augenentzündungen.** Dionin für die Augenpraxis

empfiehlt A. Darier als analgesirendes Mittel. Es ist ein Unterschied zwischen Analgesie und Anaesthesia. Cocain und die anderen localen Anaesthetica (Eucaïn, Holocain etc.) wirken auf die nervösen Elemente, mit denen sie in Berührung kommen, aber die heftigen Schmerzen bei A., z. B. Iridocyclitis, Episcleritis, Glaukom zu beseitigen, gelingt mit ihnen nicht, ja oft vermehren sie die Schmerzen noch, indem sie noch Schlaflosigkeit herbeiführen. Anders Dionin, das, wiederholt eingeträufelt (am besten ist 2% ige Lösung, aber auch stärkere können benützt werden!) analgetisch einwirkt, d. h. jene Schmerzen beseitigt. Dionin wirkt andererseits nicht anaesthetisch, und ein durch Dionin schmerzfrei gemachtes Auge kann sehr wohl Stiche, Kauterisationen etc. sehr unangenehm empfinden. Cocain hebt eben die periphere Sensibilität auf, reizt und erregt aber die psychomotorischen Centren, während Dionin auf letztere kräftig sedativ wirkt (daher nach reichlicher Einträufelung oft tiefer Schlaf!), allerdings gleichzeitig auch die Nervenendigungen in der Horn- und Bindehaut, im Uvealtractus beeinflusst, ein Umstand, der bei oberflächlichen Läsionen von Wichtigkeit ist. Dionin ist also indicirt:

1. In allen Fällen, wo man heftige Schmerzen bekämpfen will, z. B. bei Iritis, Iridocyclitis, Ulcera, Keratitis, Glaukom etc.

2. Wenn man die Ernährung der Gewebe erhöhen, Resorption von Pupillarexsudaten beschleunigen, die Pupille dilatiren will.

(Ophthalmol. Klinik 1902 No. 4.)

- Die **Expressio conjunctivae bei Trachom** empfiehlt Prof. Goldzieher als wirksamstes Mittel gegen diese Affection. Man könnte die Ausdrückung der Schleimhaut mit den Fingern besorgen, und Feuer hat sich auch warm dafür ausgesprochen. Sie wird vorgenommen, indem man den Nagel eines Daumens unter das umgestülpte Oberlid schiebt und mit dem Daumen der anderen Hand einen starken Druck ausübt. Auf diese Weise bringt man die Epitheldecke an vielen Stellen zum Platzen und kann einen Theil der tiefen, sulzigen Massen entfernen. Aber die Methode ist roh und da-

zu unvollständig; man kann weder die in der Höhe des Fornix, noch die in der halbmondförmigen Falte und der Carunkel befindlichen Massen entleeren, da sie mit dem Nagel nicht erreichbar sind, und wer diese Methode übt, muss später doch noch zu Instrumenten greifen. Sie hat indessen als Hilfsmethode ihren Werth bei gewissen Formen des sulzigen Trachoms, wo sie als Massage der Bindehaut sich sehr nützlich erweisen kann. Vollkommen ist die Expression mit der Knapp'schen Rollpincette, die man in verschiedenen Grössen hat, um auch kleinere Parthieen auswalken zu können. Autor hat die Methode viele hundert Male angewandt und sehr schöne Resultate erzielt. Aber sie ist sehr schmerzhaft, Aufträufelung von Cocain nützt gar nichts, und man musste bisher die allgemeine Narkose anwenden. Dieselbe lässt sich aber umgehen, wenn man unter die Conjunctiva, an der Umschlagstelle Cocain (event. auch Eucaïn) einspritzt; es genügt oft  $\frac{1}{2}$  Spritze einer 3—4%igen Cocainlösung, wobei noch der Vortheil besteht, dass durch das künstliche Oedem alle Falten des Fornix geglättet und so auch die verborgensten Follikelnester sichtbar werden. Es gelingt so, wenn man da genügend kleine Walzen benützt, auch die Auswalzung der Plica semilunaris, wie der übrigen Conjunctivalparthieen. Die Methode eignet sich nicht allein für die späteren Stadien des sulzigen Trachoms, sondern auch für ganz frische folliculäre Formen, wo durchaus kein Schaden entsteht, wenn man nichtroh, sondern vorsichtig verfährt. Nach der Operation stillt man den Schmerz noch mit kühlen Umschlägen. Einige Tage nachher zeigt die Conjunctiva einen grau-lichen, wie croupösen Belag. Es sind dies die zertrümmerten, abgestossenen Epithelien. Während dieser Epoche wird die Schleimhaut täglich mit Sublimat (1%) irrigirt, und wenn der Belag sich abgestossen hat, folgen Touchirungen mit Lapislösung (1%). Zu beachten ist, dass die Kuppen benachbarter, gewulsteter und ihres Epithels durch die Auswalzung beraubter Schleimhautfalten die Tendenz haben, miteinander zu verkleben, was man mittelst stumpfer Sonde sogleich trennen muss. Thut man das nicht, so entstehen Verwachsungen, die sehr unangenehm werden können. Oft bleibt nach der Auswalzung noch für längere Zeit mässige Ent-



zündung zurück, sodass weitere Nachbehandlung mit Lapslösung nöthig wird. Jedenfalls ist sicher, dass wir so in frischen Fällen von Trachom die Integrität der Schleimhaut retten und die Entwicklung des Pannus hintanhalten können.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 9.)

- **Bisherige Erfahrungen über Trachombehandlung mit Cuprocitrol nebst einigen Bemerkungen über Itrol** publicirt Dr. F. R. v. Arlt (Graz). Er empfiehlt, *Cupr. citric. in 5 und 10 % iger Salbe* mittelst eines Glasstäbchens in den Bindehautsack einzubringen; ein kleines Tröpfchen genügt, doch soll es möglichst tief in den Bindehautsack eingelegt, und sanfte, aber ausgiebige Massage angeschlossen werden. Umstülpung des oberen Lides ist nicht unbedingt nothwendig; besorgt der Arzt selbst die täglich 2—3malige Massage, so möge das obere Lid wenigstens 1 mal täglich umgestülpt und das Cuprocitroltröpfchen möglichst tief und breit im Bindehautsack des oberen und unteren Lides vertheilt werden. Wenn der Arzt das Mittel Morgens selbst einlegt, kann Mittags und Abends das Wärterpersonal oder Pat. selbst das Einlegen, auch ohne Umstülpung des Oberlides, besorgen; eine Verletzung des Auges ist nicht leicht möglich, da der Glasstab vorn mit einem Kügelchen endet. Ob nun 5 oder 10 % iges Cuprocitrol anzuwenden sei, hängt von dem Zustande der Bindehaut ab. Beim Vorhandensein zahlreicher oder grosser sulziger Körner ist mit 10 % iger Salbe 3 mal tägl. zu beginnen. Binnen wenigen Tagen sieht man, ob selbe vertragen wird; wenn nicht, lässt man nur 2 mal tägl. einreiben oder geht zu 5 % iger über. Ist die Schleimhaut schon ziemlich glatt, sind mehr Narben als Körner vorhanden, so genügt 5 % ige, 3 mal tägl. bei voller Reconvalescenz und bei Entlassung nur mehr 2 mal tägl. angewandt. Bei Fällen, welche Cuprocitrol nicht gut vertragen (ca. 5 % aller Fälle), ist es angezeigt, 1—2 mal tägl. *Itrol Credé pro oculis* (fein gepulvert, Fabrik v. Heyden, Radebeul) ganz leicht wie Calomel auf die umgestülpten Lider einzustreuen, was meist mehrere Wochen fortgesetzt werden muss. Besonders in Fällen, welche mit Conj. lymph. complicirt sind, hat Itrol sehr günstige Wirkung. Itrol ist aber

nicht nur gegen Licht, sondern auch gegen den geringen Acetylgehalt (wie er durch Leuchtgas häufig bedingt ist) sehr empfindlich und wird rasch durch Zersetzung unwirksam; Autor hat daher stets nur einen minimalen Vorrath zum täglichen Gebrauche in gut und doppelt verschlossenem gelbem Glase mit Holzhülle da, der grössere Vorrath wird in dreifachem Verschlusse in einem Zimmer ohne Gasbeleuchtung aufbewahrt. Itrol vermindert (oft in 24 Stunden) die Secretion bei trachomatöser, katarrhalischer, lymphatischer Conjunctivitis, es beeinflusst sehr günstig die Heilung aller, besonders torpider Geschwüre; man streut es bei Geschwürchen noch dünner als Calomel auf, bei chron. und subacuter Conjunctivitis etwas dicker und ganz reichlich bei *Blennorrhoea neonatorum*. Hier wenigstens 2 mal tägl. auf die vorher sorgfältig mit Wattebausch gereinigten, umgestülpten Lider reichlich eingestreut, wird das überschüssige Itrol nach einigen Minuten oberflächlich abgewischt; ausserdem stündliche Auswaschungen mit schwacher Hypermanganlösung, Kopf bleibt frei, uneingehüllt; Sorge für frische Luft, keine Umschläge! Die Heilung selbst schwerer Fälle mit Complicationen und Geschwürchen schreitet sehr rasch vor, schon nach 24 Stunden Abnahme der Secretion, nach 6—12 Tagen Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 18.)

**Fremdkörper.** Ueber erste Hülfe bei Kalkverletzung des Auges im Baugewerbe giebt Prof. Hoppe rationelle populäre Vorschriften. Bekanntlich empfahl vor einigen Jahren Andreä, bei Eindringen von Kalk in den Bindehautsack sofort letzteren reichlich mit Wasser zu durchspülen, um so die vorhandenen Kalkpartikelchen mechanisch zu eliminiren. Dies Verfahren ist recht zweckmässig, aber für die erste Hülfe, die auf dem Bauplatz selbst zu bringen wäre, wenig geeignet, da die ungefügigen Hände der Arbeiter, zumal ja auf die Verletzung sofort krampfhafter Lidschluss erfolgt, die Ausspülung kaum ordentlich ausführen können. Als leichter anzuwendendes, dabei ebenfalls erfolgreiches Verfahren empfiehlt daher Hoppe die *Einführung reichlicher Mengen zähweicher Lanolinsalbe mit 2 $\frac{0}{10}$  Holocain. mur. mittelst einer kleinen, plattthalsigen,*

*weichen Gelatineflasche in Tubenform.* Autor benützt etwa pflaumengrosse, 10 g fassende Tuben mit etwa 11 cm langem,  $\frac{1}{2}$  cm dickem, leicht plattzudrückendem Halse, verschlossen mit einem Gelatinehütchen. Um Sprödewerden der Gelatine in trockener Luft zu verhüten, empfiehlt sich Aufbewahrung in gutschliessender Blechbüchse. Durch Aussetzen an die Aussenluft werden spröde Tuben schnell wieder geschmeidig. Die kleine Flasche kann in passender Blechbüchse bequem im Werkanzug des Bauhandwerkers Platz finden, oder wenigstens auf der Baustelle vorrätig gehalten werden, mit folgender

*Gebrauchsanweisung:*

(Verfahren bei Augenverletzungen durch Kalk, Mörtel, Muersand u. dergl.):

*Vorbemerkung:* Das Verfahren ist schmerzlos, und gefahrlos; handle daher ohne Zögern und ohne Aengstlichkeit!

1. Nimm aus der Blechbüchse die kleine Gelatineflasche und drücke deren Hals platt.

2. Streife das Hütchen ab und schiebe den platten Flaschenhals in seiner ganzen Länge am Schläfenende der Lidspalte unter den oberen Augendeckel.

3. Drücke in dieser Stellung langsam, aber kräftig auf den Bauch der Flasche, bis das obere Augenlid sich vorwölbt und aus der Lidspalte Salbenmasse reichlich hervorquillt.

4. Verfahre in derselben Weise mit dem Unterlid.

5. Gelingt es, das Auge zu öffnen, so wische der Helfer alle etwa sichtbaren Fremdkörper sorgfältig mit einem Taschentuchzipfel, welcher mit etwas Salbe überfettet ist, ab.

6. Werden nach einigen Minuten die Schmerzen geringer, so ist das zum Theil eine Wirkung der schmerzstillenden Eigenschaft der Salbe, beweist also nicht sicher, dass die Fremdkörper vollständig aus dem Auge entfernt sind. *Daher suche unter allen Umständen sofort einen Arzt auf!*

7. Stellen sich vor Erreichung eines solchen aufs Neue heftige Schmerzen ein, so kann das Verfahren mit Aufwendung einer geringeren Salbenmenge wiederholt werden.

(Centralblatt für Augenheilkunde, Februar 1902.)

- Ein **seltener F. in der Nase** wurde von Schmithuisen (Aachen) beobachtet. Pat. von 24 Jahren klagte seit 4 Monaten über Verstopfung des rechten Nasenloches und über Kopfschmerzen. Die Untersuchung ergibt eine Schwellung der Muscheln im hinteren Theile und bei der Rhinoscopia post. einen schmutzigen zackigen Körper, der die rechte Choane ausfüllt. Dieser wie ein nekrotisches Gewebstück aussehende F. wird mit einem Haken herausgeholt und zeigt sich *zusammengesetzt aus lauter Pilzfäden, Sporen und Sporangien*, höchstwahrscheinlich von *Aspergillus fumigatus*. Pat. soll bis vor einem Jahre während der Menses vielfach gebrochen haben, wobei vielleicht Speisetheile in die hintere Nase kamen und so den Boden für die Pilzbildung abgaben.

(Vereinigung westdeutscher Hals- u. Ohrenärzte, 24. XI. 1901 —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 14.)

**Gonorrhoe.** Rasche Beseitigung einer acuten G. wollte und musste Dr. P. Taenzer (Bremen) im vorigen Sommer erzielen bei zwei Ehemännern, welche sich während der Sommerreise ihrer Frauen inficirt hatten und bis zur Rückkehr derselben, d. h. nach 4 resp. 4 $\frac{1}{2}$  Wochen von ihrem Leiden befreit sein wollten. Er liess sofort tägliche Ausspülungen nach Janet machen, nach einigen Tagen, als keine Aenderung eintrat, sogar 2 mal täglich. Aber auch nach 14 Tagen noch nicht die geringste Besserung, im Morgentropfen noch massenhaft Gonokokken. Da las Autor von den Erfolgen des *Ichthargans* und benützte nunmehr eine 1 ‰ Lösung statt des Kal. permang. zu den Ausspülungen. Bereits nach der 3. Ausspülung war der Harn des einen Pat. klar, und 4 Tage vor Ablauf der gesetzten Frist war die G. verschwunden, ohne die geringsten Residuen zu hinterlassen. Bei dem anderen Pat. aber liess der Erfolg trotz fortgesetzter täglicher Spülungen zu wünschen übrig. Daher liess Autor alle äusseren Manipulationen bei Seite und gab das *Ichthargan innerlich*, von einer Lösung 0,05 : 200,0 alle 3 Stunden 1 Esslöffel. Erfolg plötzlich und frappant, weshalb Autor auch bei späteren Fällen von G. es ebenso machte, d. h. von dieser Lösung ca. 8 Tage hindurch Gebrauch machte, aber extern nichts applicirte. Sehr gute Erfolge! Nach

8—10 Tagen Harn auch bei schweren Fällen klar. Jetzt erst Einspritzungen oder Ausspülungen mit Ichthargan ( $1\frac{0}{100}$ ), bis sämtliche Fäden verschwunden sind. Das Ichthargan wurde stets intern gut vertragen und machte nie unangenehme Nebenerscheinungen. — Bei der *chronischen* G. benützt Autor zu den Spülungen elastische Katheter von Vergne & Bouisseries (Paris), die sehr biegsam, widerstandsfähig und elegant sind. Sie werden in Glycerin getaucht und bis in die Blase eingeführt, dann wird der kleine Rest Urin, den man in der Blase lässt, um die Luft aus dem Katheter zu treiben, abgelassen, die Blase mit der Ichtharganlösung gefüllt und mit dem Rest der Lösung die Harnröhre tüchtig ausgespült. Nach der Ausspülung wird der Katheter unter der Wasserleitung ordentlich innen und aussen abgewaschen, dann 24 Stunden in Sublimat ( $1\frac{0}{100}$ ) gelegt, darauf mit sterilem Tuch abgetrocknet und in dem Katheterkasten aufbewahrt, eine sehr sichere und dabei schonende Desinfection. Gewöhnlich fängt Autor bei der chronischen G. mit Katheter No. 18 an, doch musste er bisweilen bei Stricturen bis auf 13 und 14 zurückgreifen. Selten geht er höher als No. 23 oder 24, bis wohin er gelangt, indem er bei jeder Ausspülung die nächsthöhere Nummer nimmt; nur bei sehr weiten Harnröhren genügt dies nicht und muss man noch um weitere Nummern steigen. Auf diese Weise verbindet Autor die Dehnung mit der Spülung und erzielt sehr gute Resultate.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 34. No. 7.)

- Die **Behandlung der weiblichen G.**, wie sie sich durch den Erfolg bewährt hat, schildert Doc. Dr. Savor (Wien): zunächst die Therapie der *G. der Urethra*. Im *acuten* Stadium mit lebhafter Hyperaemie der Harnröhrenmündung, reichlicher Entleerung von gelbem Eiter beim Ausstreichen der Harnröhre und grosser Druckempfindlichkeit dieser kann eine örtliche Therapie nichts nützen, sondern nur schaden, da etwa angewendete Mittel das Gewebe schädigen, eher das tiefere Eindringen der Kokken begünstigen würden. Daher keine örtliche Behandlung, sondern, wenn keine weitere Complication da, nur Fortschaffung des eitrigen Secrets durch Sitzbäder sowie Waschungen und Abspülungen des äusseren

Genitales, letztere mehrmals täglich mittelst Wattebäuschchen und unter Zusatz eines Desinficiens, wie Sublimat ( $\frac{1}{2}$ — $1\frac{0}{00}$ ), Lysoform ( $1\frac{0}{0}$ ), das den Vorzug minimaler Reizwirkung mit dem eines ganz angenehmen Geruches verbindet. Man verhütet so leicht, dass der Eiter längere Zeit auf den äusseren Theilen verweilt und daselbst die so sehr empfindlichen Erosionen erzeugt. Die durch das Passiren des Harnes in der Urethra selbst hervorgerufenen Schmerzempfindungen sind wegen der Kürze und Weite der weiblichen Harnröhre meist unerheblich; sind sie mal bei sensiblen Pat. stärker, so gebe man zur Verdünnung des Harnes reichlich Mineralwässer, wie Preblauer etc.; Balsamica erwiesen sich als nutzlos. Im *subacuten* Stadium, das nach 2—4 wöchentlicher Dauer des acuten eintritt, sind die Erscheinungen der frischen Infection, vor allem die Hyperaemie und die reichliche Secretion, geschwunden, die subjectiven Beschwerden sind sehr gering oder fehlen ganz, beim Ausstreichen der Harnröhre entleert sich ein Tropfen *gelben* Eiters. Hier ist active Therapie am Platze, 4—6 mal täglich ausgeführte Application von Desinficientien, wie Alumol ( $2\frac{0}{0}$ ), Argonin ( $1,5\frac{0}{0}$ ), vor allem Protargol in steigender Concentration ( $\frac{1}{4}$ — $1\frac{0}{0}$ ), am besten mit einer gewöhnlichen männlichen Tripperspitze von 15 ccm Inhalt, deren stumpfer olivenförmiger Ansatz direct auf die Harnröhrenmündung aufgesetzt wird. Der Inhalt der Spritze wird in 3 Portionen entleert. Pat. muss sich aufs Sopha oder Bett niedersetzen mit nach aussen rotirten Oberschenkeln, gebeugten Knieen und geschlossenen Fersen; zwischen den Oberschenkeln wird ein Spiegel so aufgestellt, dass Pat. in demselben die ganze Vulva übersehen kann; sie entfaltet mit der linken Hand die Labien, setzt mit der rechten die Spritze auf die Harnröhrenmündung auf und entleert sie langsam in 3 gleichen Portionen. Wo es an Geduld und gutem Willen fehlt, muss der Arzt selbst die Therapie übernehmen, d. h. 1 mal täglich eine Harnröhrenblasenspülung ausführen, mittelst einer 100—200 ccm fassenden Spritze, die mit einem für die Harnröhrenmündung passenden gläsernen Ansatzrohr (Afterrohr) durch einen Schlauch verbunden wird, oder auf welche ein kurzes konisches Ansatzstück, das dem bei der gewöhnlichen Tripperspritze verwendeten gleicht, direct

aufgesteckt wird. Man spült mit 1%iger körperwarmer Protargollösung (250 ccm), worauf die Frau den Blaseninhalt langsam, in mehreren Mictionen entleeren muss. Die Wirkung dieser prolongirten Spülungen ist eine sehr gute; falls keine Complicationen vorhanden, genügen meist 10—14, um die Gonokokken dauernd zum Verschwinden zu bringen. Das *chronische* Stadium, in dem erst längere Zeit nach einer Harnentleerung eine geringe Menge *grauen* Secretes nachzuweisen ist, bedarf nicht so sehr einer häufigen, als einer energischen Behandlung, wobei die applicirten Medicamente möglichst lange einwirken sollen. Man wendet also Stäbchen an, 4 cm lang und 2—4 mm dick, die jeden 2. Tag nach vorheriger Entleerung der Blase in die Harnröhre eingeführt werden, die dann mit einem Wattebäuschchen zugehalten wird. Man verwendet Stäbchen mit Jodoform (10—20%), Tannin (5%) und besonders Protargol (10—20%), in sehr hartnäckigen Fällen mit Arg. nitr. (1—2%). Man kann aber auch die Medicamente, wie wässrige Lösungen von Protargol (10—20%), Sublimat (1%), Jodtinctur, Arg. nitr. (1—2%) mittelst mit Watte umwickelter Playfair'scher Sonde auf die Schleimhaut bringen (oft vorher freilich erst Dilatation der Urethra mittelst Hegar'scher Stifte No. 5 oder 6 nöthig), oder beide Methoden combinirt anwenden. Urethritiden, die diesen Maassnahmen hartnäckig trotzen, müssen immer den Verdacht auf eine *Complication* wecken. Als solche kommt in erster Linie in Betracht die *Infection der paraurethralen Krypten*, die Prostata-drüsen des Weibes (Skene'sche Drüsen), die schwer zugängliche Schlupfwinkel der Gonokokken darstellen und, wenn inficirt, möglichst radical entfernt werden müssen. Die beste und schonendste Methode ist die Kathoden-Elektropunctur; an ihre Stelle kann die ausgiebige Kauterisation mit dem spitzen Paquelinbrenner, dem sehr fein zugespitzten oder an eine dünne Sonde angeschmolzenen Arg. nitr. in Substanz oder die energische Aetzung mit Acid. nitr. fum. treten. Die höher gelegenen Follikelherde im paraurethralen Gewebe sind mit dem Harnröhrenspeculum einzustellen und durch Galvanopunctur oder mit dem Paquelin zu zerstören. So eingreifend diese Methoden erscheinen, so nothwendig sind sie, um die G. zur Heilung zu bringen. *Geschwüre*,

hervorgegangen aus inficirten und abscedirten Follikeln sind mit Höllenstein zu betupfen, *Stricturen* durch methodische Dilatation mit Hegar'schen Stiften zu behandeln, die mit Glycerin befeuchtet, 15—20 Minuten liegen gelassen werden; die Erweiterung soll soweit getrieben werden, dass jedes Instrument, welches durch das Orificium. extern. urethrae, die physiologisch engste Stelle der Harnröhre, eingeführt werden, auch die Stricture zu passiren vermag. Die *Herauswulstungen* der chron. entzündeten Harnröhrenschleimhaut durch das Orificium ext., die ein lästiges Brennen sowie Harndrang und oft beträchtliche Blutungen verursachen, behandelt man durch Kauterisation mit dem Paquelin oder Aetzung mit rauchender Salpetersäure (Umgebung durch Vaseline schützen!). Reaction auf diese Eingriffe meist sehr gering; bei Schwierigkeiten in der Harnentleerung genügt fast stets zur Behebung ein laues Sitzbad. Bei acuter *Cystitis*: Strenge Bettruhe, reizlose Diaet, Fol. uvae ursi als Thee und Salol (2—3 g pro die). Wärme (am besten mit Thermophorcompressen), bei Blasenkolik prolongirte Sitzbäder, event. Narcotica. Im subacuten und chron. Stadium die gewöhnliche Therapie des Blasenkatarrhs; bei Ausspülungen am besten das Protargol. In sehr hartnäckigen, mit Bildung von Geschwüren einhergehenden Fällen sind Instillationen geringer Mengen Arg. nitr.-Lösung (5—10%) von grossem Nutzen; vorher ist es von Vortheil, die Blasen-schleimhaut durch 4%ige Antipyrinlösung (100 ccm einspritzen und nach 3 Minuten wieder ausfliessen lassen) zu anaesthesiren. Von Urotropin sah Autor bei gonorrhoeischer Cystitis keinen Erfolg.

(Die Heilkunde, März 1902.)

(Fortsetzung folgt.)

**Herpes.** Epicarin bei Herpes tonsurans empfiehlt Dr. C. G. Pfeiffenberger (Wien, Leopoldstädter Kinder-spital), nachdem er damit 20 Kinder behandelt hat. Die Application ist eine recht einfache: Man pinselt eine 10%ige Lösung in Alkoh. absol. täglich 1 mal auf (auch im Gesicht zu benützen) und lässt sie eintrocknen. Bei leichteren Fällen genügen 4—6 solcher Bepinselungen der vorher gut abgewaschenen Parthieen. Der Process an der Peripherie sistirt gewöhnlich sofort,



die Efflorescenzen werden sehr bald trocken und spröde. Drei so behandelte Fälle von *Psoriasis* zeigten, dass hier die Resultate nicht zu weiteren Versuchen ermuntern. Dagegen hat Autor schon früher *Scabies* und *Prurigo* erfolgreich mit Epicarin behandelt.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1901 No. 29.)

- Ueber recidivirenden H. der Harnröhre lässt sich Prof. Dr. Bettmann (Heidelberg) aus. Beim H. betheiligen sich gar nicht selten die Schleimhäute. Bei H. facialis findet sich mitunter auch H. der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des Rachens, ja des Kehlkopfes, bei H. progenitalis ist bei Weibern nicht selten die Portio vaginalis uteri Sitz von kleinen Erosionen, und häufig findet sich H. der Cervix in Verbindung mit einem H. der äusseren Genitalien, während die Vagina selten Sitz eines H. ist. Beim Manne nun steht in Beziehung zum progenitalen H. eine Affection der Harnröhrenschleimhaut, die für die Diagnose grosse Schwierigkeiten bieten kann und häufig ganz verborgen bleibt oder falsch gedeutet wird. Meist liegt ein H. progenitalis vor, bei dem gleichzeitig durch Auseinanderdrängen des Orificium urethrae im vordersten Theile der Harnröhre einige kleinste, geplatzten Bläschen entsprechende Erosionen zu erkennen sind, die dem Pat. höchstens beim Uriniren ein geringfügiges Brennen verursachen und sehr rasch wieder abheilen. In den letzten Jahren beobachtete Autor mehrfach derartige Fälle, von denen er einen prägnanten Fall eines recidivirenden H. genauer schildert. Ein 26jähr. Jurist, aus sehr nervöser Familie stammend, selbst schwer neurasthenisch, inficirte sich luetisch und machte Inunctionscuren durch. Einige Monate später Erscheinungen in der Mundhöhle: kleine, leicht schmerzhaft Bläschen und Erosionen an Zunge und Wangenschleimhaut, die unter rein localer Behandlung rasch wieder schwanden, aber trotz sorgfältigster Mundpflege zum Schrecken des Pat. immer wieder sich zeigten, in Intervallen von 2—6 Wochen. Ein anderer Arzt verordnete wegen dieser Mundaffection abermals Hg, doch trat dadurch nur Verschlimmerung auf. Syphilitische Symptome zeigten sich, abgesehen von einem Falle, der abermals eine Schmiercur veranlasste, nicht mehr, die Mundaffection recidivirte immer

wieder, auch im nächsten Jahre noch, dann hörte sie auf. Kurz darauf erschien aber Pat. abermals, weil über Nacht bei ihm ein Ausfluss aus der Harnröhre aufgetreten war, zugleich mit leichtem Brennen im vorderen Theile der Harnröhre beim Uriniren. Pat. hatte seit Monaten keinen Coitus ausgeübt! Aus der Urethra liess sich etwas grauweissliches Secret exprimiren, ein Brei von Harnröhrenepithelien; keine Gonokokken. In der linken Leistengegend mehrere etwas vergrösserte, auf Druck empfindliche Drüsen. Ohne jede locale Therapie völlige Heilung nach 3 Tagen. Aber schon nach 3 Wochen die gleichen Erscheinungen, zugleich typischer H. praeputialis. Seit jener Zeit häufige Anfälle in Abständen von mehreren Wochen, ohne erkennbare Veranlassung (eine Zeit lang fast alle 14 Tage), manchmal von H. praeputialis begleitet, aber auch ohne diesen. Immer während einiger Tage jene Secretion (stets gonokokkenfrei!), Brennen beim Uriniren im vorderen Theile der Harnröhre, Schmerzen in der Inguinalgegend, gelegentlich auch stärkeres Ziehen in den Beinen, Kreuzschmerzen, Müdigkeit; Leistendrüsen bisweilen, manchmal einseitig, manchmal beiderseits, mässig geschwollen und empfindlich. Autor untersuchte mehrfach beim Anfall und nachher endoskopisch, wobei sich Folgendes zeigte. Während des Anfalls besteht eine deutlich sichtbare Veränderung, etwa  $1\frac{1}{2}$  cm hinter dem Orific. urethrae beginnend und manchmal eine Strecke von  $2\frac{1}{2}$ —3 cm einnehmend. Hier sind Erosionen von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse, manche isolirt, andere in Grüppchen, die kleinen stets kreisrund, die grösseren oft von polycyklischer Begrenzung; Basis der Erosionen geröthet, manche haben grauweissen Saum, andere anscheinend ebensolchen Belag, wie die Prüfung ergibt, wohlerhaltene Epithellager. Nach wenigen Tagen, wenn die Beschwerden aufgehört haben, höchstens noch ein leichter grauer Schimmer an umschriebenen Stellen zu sehen, die Erosionen haben rasch wieder eine Epitheldecke gewonnen. Es ging aus diesen Untersuchungen durchaus hervor, dass das Leiden, welches für den nervösen Pat. zu einer Quelle schwerster psychischer Qualen wurde, ein recidivirender Urethralherpes war. Differentialdiagnostisch kam nur Syphilis in Betracht, gleichwie bei H. der Mundhöhle die Unter-

scheidung gegen Schleimhautsyphilis herangezogen werden muss. Fournier legt bei dieser Differentialdiagnose das Hauptgewicht auf folgende Erscheinungen, welche beim H. buccalis die Diagnose sichern:

1. Die Existenz miliarer abirrender Erosionen neben den grösseren Schleimhautläsionen (Schleimhautsyphilide von so geringem Umfange existiren nicht);

2. Die poly- und mikrocyklische Begrenzung grösserer Erosionen, die eben die Zusammensetzung aus jenen kleinsten Elementen beweist;

3. Die Resterscheinungen des Bläschens, die in der partiell erhaltenen Epitheldecke bestehen.

Alle diese Erscheinungen waren nun in obigem Falle gut ausgeprägt. Zugleich sprachen gegen die Annahme eines Harnröhrensyphilids das Auftreten in Schüben, die innerhalb weniger Tage spontan abheilten, das Auftreten zu einer Zeit, wo bei dem Pat. die sicheren Erscheinungen der secundären Lues bereits erloschen waren. Die Unmöglichkeit, die Affection durch specifische Behandlung zu beeinflussen. Vor allem aber ist darauf hinzuweisen, dass das Leiden schon deshalb nicht einfach auf Syphilis bezogen werden darf, weil es auch bei Personen vorkommt, die nie inficirt waren; Autor verfügt über zwei derartige Beobachtungen. Wie weit speciell die Syphilis zum H. progenitalis prädisponirt, ist schwer zu entscheiden. Fournier spricht ihn als metasyphilitische Affection an. Wenn uns aber relativ viel Syphilitische mit dem Leiden aufsuchen, so hat das zum guten Theil darin seinen Grund, dass eben gerade secundär Luetische eine Eruption an den Genitalien als Manifestation ihrer Krankheit aufzufassen geneigt sind, während Gesunde „mit reinem Gewissen“ der rasch vorübergehenden Erscheinung eben keine Bedeutung beimessen, wenn es sich nicht um neurasthenische Individuen handelt. Bei obigem Pat. trifft die Voraussetzung der Neurasthenie mit derjenigen der Syphilis zusammen. Bei Syphilitikern könnte der Ausfluss aus der Harnröhre, welcher den H. begleitet, auch mal als „syphilitischer Tripper“, als Symptom eines urethralen Syphilids gedeutet werden, noch mehr aber bei ungenügender Untersuchung als Gonorrhoe auch bei anderen Pat. Zieht man dann aus dieser Fehldiagnose die Consequenz, dass Injectionen in die Harnröhre nöthig

sind, so verschlimmert sich der Ausfluss, besonders bei Anwendung von Silberpräparaten. Mit der Zunahme des Ausflusses aber wird für Arzt und Pat. die Existenz der Gonorrhoe noch zur grösseren Gewissheit, und beim nächsten Anfalle sind beide überzeugt, dass es sich um ein Wiederaufflackern der Gonorrhoe handelt. Durch diese Andagnosticirung einer Gonorrhoe gewinnt der an und für sich harmlose H. der Urethra Bedeutung. Der Arzt muss deshalb mit der Diagnose vorsichtig sein und nicht gleich bei Ausfluss antigonorrhöisch behandeln, ehe er sich überzeugt hat, ob nicht H. vorliegt. Wer endoskopirt, für den wird der Fall sofort klar sein; anderenfalls aber wird, wenn nicht etwa die Schleimhautefflorescenzen auch den vordersten, der Berücksichtigung ohne Weiteres zugänglichen Theil der Harnröhre einnehmen, die Differentialdiagnose manchmal Schwierigkeiten bereiten. Man suche da nach H. auch an anderen Stellen, besonders an den äusseren Genitalien, untersuche den Ausfluss, dessen Freisein von Gonokokken sofort aufklärt, und erwäge alle übrigen, bereits bezeichneten, Momente, damit der Pat. vor Aufregung und Schaden bewahrt bleibe.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 17.)

**Intoxicationen.** Folgenden schweren Fall von Opiumvergiftung bei einem 7 Wochen alten Kinde beobachtete Dr. Feuerstein (Bojan). Gegen 6 Uhr Morgens hatte das Kind von der Amme ein Kaffeelöffelchen Tinct. Opii simpl. statt Syr. rhei erhalten und war nach anfänglichem Schreien in tiefen Schlaf gesunken, was die Amme so beruhigte, dass sie die Eltern durch einen Bericht nicht erschrecken zu müssen glaubte. Letzterer erfolgte erst, als sich das Aussehen des Kindes stetig veränderte. Autor sah dasselbe erst um 9 Uhr. Starke Cyanose des Gesichtes und ganzen übrigen Körpers, Kopf nach hinten gezogen; wegen Nackensteifigkeit ist es nicht möglich, denselben nach vorn zu bringen. Protrusio bulbi, die oberen Augenlider lassen den unteren Theil der Sklera unbedeckt, Arme im Ellbogengelenk gestreckt nach vorn gerichtet, Finger beider Hände krampfhaft zur Faust geballt. Hochgradige Myosis, unaufhörliches Zucken mit dem Munde, als ob Saugbewegungen erfolgten. Puls kaum

fühlbar, Respiration oberflächlich, jede Inspiration von einem krähenähnlichen Geräusch begleitet, Reflexe erloschen, Berühren der Bulbi löst keinen Lidschluss aus. Autor führte einen dünnen Nélaton-Katheter durch das rechte Nasenloch in den Magen ein und konnte sich von dem Eindringen des Katheters in den Magen durch den aus dem Lumen des Katheters hervorquellenden Mageninhalt überzeugen, welcher aus geronnener, bräunlich gefärbter Milch bestand mit dem charakteristischen Geruch der Opiumtinctur. Hierauf spritzte Autor einige Spritzen lauwarmen Wassers und späterhin eine schwache Kal. permang.-Lösung so lange in den Magen, bis die Spülflüssigkeit klar zurückfloss. Der Zustand besserte sich nicht. Erst in dem darauf angeordneten warmen Bade mit kalten Uebergiessungen kehrte das Bewusstsein zurück, indem das Kind bei jeder Bespritzung aufschrie. Nun wurden noch einige hohe Darmirrigationen mit derselben Kal. permang.-Lösung gemacht, worauf reichliche Stuhlentleerung erfolgte. Die dargebotene Brust wollte das Kind nicht nehmen. Nachdem noch einige Löffelchen schwarzen Kaffees und Wein verabfolgt worden waren, schlummerte das Kind ein. Puls und Respiration hatten sich gebessert, Myosis bestand nach wie vor, ebenso Zuckungen mit dem Munde. Die beschriebenen Prozeduren wurden im Laufe des Tages öfters wiederholt. Am Abend folgender Status: Nackensteifigkeit, Glottiskrampf, Cyanose geschwunden; Pupillen noch verengt, reagiren aber schwach auf Lichteinfall; Puls und Respiration befriedigend; Schlafsucht besteht noch, aber das Kind kann aus dem Schlummer durch äussere Reize geweckt werden. Brust wird spontan genommen. Nacht verlief ruhig, am nächsten Morgen Pat. bis auf leichte Depression und Erscheinungen eines Magen-Darmkatarrhs ganz wohl.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 5.)

- Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Localisation der Bleilähmung macht Dr. Köster (medic. Universitäts-poliklinik Leipzig) Mittheilung. Pat. wies nach vorausgegangenen Koliken und Gelenkschmerzen als allerfrüheste Erscheinung der Bleilähmung statt der typischen Extensorparalyse an den Vorderarmen eine *symmetrische*

*Lähmung an den unteren Extremitäten* auf, und statt des sonst bei den Bleilähmungen der Beinnerven meist zu beobachtenden Peronealtypus waren hier *isoliert erkrankt die Mm. interossei und abducentes hallucis beider Füsse.*

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 16.)

- **Seltene Ursachen der Bleivergiftung** konnte Dr. A. Weber (Alsfeld) feststellen. Das eine Mal kam ein junges Mädchen aus einem Dorfe mit Bleilähmung zur Behandlung, wobei sich herausstellte, dass verschiedene Nachbarn *im Sommer* häufig an Koliken litten. Da andere Ursachen für die I. auszuschliessen waren, erkundigte sich Autor nach der *Wasserversorgung* und erfuhr, dass vor Jahren 6 Familien eine Quelle ausserhalb des Dorfes gefasst hätten und das Wasser in *Bleiröhren* zuleiteten. Jene Erkrankungen traten nun thatsächlich nur in diesen Familien auf, und nachdem der Genuss des Wassers untersagt war, blieben sie aus. Erkundigungen ergaben, dass bei Leitungen aus geschwefelten Bleiröhren, die nicht ganz gefüllt sind oder fortwährend Niveauveränderungen zeigen, das Wasser infolge des Abziehens der „Schleimhäute“ schädlich wirken könnte. Im Sommer floss der Brunnen spärlicher, der Verbrauch von Trinkwasser ist bei den Landleuten dann ein beträchtlicher, sodass es sich erklärt, warum gerade da jene Koliken auftraten. In einem anderen Dorfe erkrankten verschiedene Personen an Symptomen, die sich schliesslich als Bleivergiftung entpuppten. Es wurde dann festgestellt, dass nicht hier allein, sondern in 3 verschiedenen nahen Ortschaften zusammen 20 Personen, 3 Haushaltungen angehörend, erkrankten, während die übrigen Dorfbewohner gesund blieben. Die ersten Erscheinungen hatten sich gleichzeitig bei den 3 Familien geltend gemacht, zuerst aber in einer Müllerfamilie. Dies führte zur Vermuthung, dass *bleihaltiges Mehl* schuld sein könnte. Vor einigen Jahren hatte Strauss schon von einer Massenintoxication durch bleihaltiges Mehl berichtet; die Mahlf lächen der Mühlsteine waren irrthümlicher Weise mit Bleizucker statt mit Alaun ausgegossen worden. Nachdem Weber noch festgestellt, dass die beiden anderen Familien ihr Mehl von jenem Müller

bezogen, wurde eine Revision der Mühle vorgenommen. Nach Entfernung der Zarge, des Holzkastens, welcher die beiden Mühlsteine deckt, wurde zuerst der oberste Stein, der „Läufer“ hochgehoben. Seine Mahlfläche, sowie die des feststehenden Bodensteins waren nicht ausgegossen. Eine Besichtigung der oberen Fläche des Läufers ergab, dass eine grössere Anzahl von Vertiefungen, die „Verschlusskasten“, zwecks Herstellung der Gleichgewichtslage mit Blei gefüllt waren. An einer Stelle der Peripherie, nämlich da, wo ein Eisenring den aus mehreren Steinen zusammengesetzten Läufer umschliesst, fehlte ein wallnussgrosses Bleistück. Ferner hatte der, nach Verlust dieses Bleiklumpens, schlecht ausbalancirte und deshalb sich nicht in einer horizontalen Ebene bewegend Läufer an der feststehenden Zarge angestossen, sodass die dort befindlichen Nagelköpfe tiefe Rinnen in den Stein, sowie in das weiche Blei gezogen hatten. Die losgerissenen Bleitheilchen wurden infolge der Centrifugalkraft nach aussen geschleudert und fielen zu dem zwischen dem Bodenstein und der Zarge sich ansammelnden „Steinmehl“. Da in kleinen Betrieben eine Entfernung des Steinmehles erst nach Wochen geschieht, so wurde wohl die gesammte Bleimenge, die nach und nach von der oberen Fläche des Läufers sich abrieb, auf einmal dem Mahlgut zugeschüttet. Daraus erklärt sich auch, weshalb das Blei nur der verhältnissmässig geringen Menge Mehl beigemischt wurde, welches die drei Familien verbrauchten, während die übrige Kundschaft gesund blieb. Die chemische Untersuchung mehrerer Mehlproben ergab daher auch ein negatives Resultat. Dagegen wurde auf andere Weise der Nachweis erbracht. Nachdem drei Angehörige der einen Familie seit Wochen beschwerdefrei waren (sie hatten nur von einem Bäcker bezogenes Brod gegessen) versuchten sie wieder mal ihr eigenes und erkrankten sämmtlich an Bleiintoxication. Das Brod hatte 0,025% Bleigehalt. — Gegen *Bleikolik* wandte Autor mit Erfolg *Atropin subcutan* an; wenn vorher Opium gegeben, wirken aber bloss grössere Dosen, die auch gut tolerirt werden infolge der antagonistischen Wirkung des vorher ordinirten Opiums.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 17.)

**Scarlatina.** Ein *Specificum* gegen *S.* nennt Dr. Siecke (Oranienburg) das *Natr. soziodolic.* und schreibt darüber:

„Man findet bei dem eben ausbrechenden Scharlach ausnahmslos entweder eine Angina tonsillaris (Gaumen-Mandelentzündung) oder seltener eine Rhinitis. Es ist daraus zu schliessen, dass die infectiöse Noxe des Scharlachs sich zuerst auf den Gaumenrachengebilden oder auf der Nasenschleimhaut ansiedelt, von wo aus ihre Keime oder Gifte den Leib und das Leben bedrohen.

Der Gedanke liegt nahe, an diesen leicht zu erreichenden Orten die Scharlachmikroben zu schwächen und zu tödten, damit die durch ihr Wachsthum drohenden Gefahren (Lymphadenitis, Otitis media, Endocarditis, Nephritis, Sepsis) abgewendet werden.

Nil nocere! Desinficientien, welche diesem Zweck dienen sollen, dürfen vor allen Dingen weder giftig sein noch die Schleimhaut reizen, weil die Erreger der Krankheit in der gereizten sich bequem ansiedeln können. Ferner muss das Desinficiens stark baktericid wirken, und eine dritte sehr wünschenswerthe Eigenschaft besässe es, wenn es die Entzündungsbeschwerden linderte.

Das „Soziodol“-Natrium vereinigt diese drei Eigenschaften in sich.

Die Anwendung des Mittels erfolgt am besten so, dass man stündlich so viel des fein gepulverten Salzes in den Rachen bläst, dass die entzündeten Theile gänzlich eingestäubt sind. Bei kleinen Kindern, welche widerspenstig sind, und bei bewusstlosen Patienten verbietet sich diese Anwendungsart im allgemeinen: hier macht der Arzt bei Gelegenheit seiner Besuche die Einblasungen, und lässt im übrigen halbstündlich einen Kaffee- bis Kinderlöffel voll folgender Lösung geben:

Rp.: „Soziodol“ Natrii	. 3,0—5,0
Na. chlorati	. . . . . 1,0
Spiritus	. . . . . 20,0
Aq. destillat. ad	. . . 100,0

Diese Medication passt zwar für alle Formen der Scharlachangina, wenn man sie unerschrocken durchführt; ich habe mich aber des Eindrucks nicht erwehren können, dass ich schnellere Erfolge erzielt habe, wenn ich bei den schweren und schwersten Formen der tief



nekrotisirenden und gangraenösen Angina dem „Sozjodol“-Natrium das viel schwerer lösliche und dadurch eine nachhaltigere Wirkung verbürgende citronensaure Silber beigemischt hatte. Ich gebe dann ceteris paribus folgende Einblasung:

Rp.: Itroli . . . . . 0,5  
 „Sozjodol“ Natrii 10,0  
 f. pulv. subtiliss.

und folgende im Dunkeln aufzubewahrende Schüttelmixtur:

Rp.: Itroli . . . . . 0,5  
 „Sozjodol“ Natrii . . . . . 5,0  
 Spiritus . . . . . 20,0—50,0  
 Aq. destillat. ad . . . . . 200,0

Bei verschleppten, schon septischen Fällen werden ausserdem noch vom Unguent. Collargoli Cr  de zweimal täglich je zwei bohnergrosse Stücke in die innere Fläche der Oberschenkel eingerieben.

Die Scharlachentz  ndung der Nase wird in allen ihren Formen durch lauwarme Ausspritzungen der Nase mit einer frisch bereiteten 1  /   Lösung von Höllenstein in Brunnenwasser in Schranken gehalten. Man spritzt so lange, bis das Spülwasser klar abfliesst, und man wiederholt die Reinigung, sobald die Nase wieder unwegsam geworden ist. In schweren Fällen ist es zweckmässig, am Schluss der Spülung einen Theelöffel voll der oben genannten „Sozjodol“-Lösungen in die Nase zu giessen.

Die beginnende Otitis media des Scharlachs (Klagen über Ohrenscherzen, Röthung des Trommelfells) habe ich bisher stets prompt zurückgehen sehen, wenn ich den Gehörgang mit einer 3  /   spirituösen (50   /  ) Lösung von „Sozjodol“-Natrium anfüllte, und ihn dann mit Watte tamponirte.

Stärkere, etwa pflaumengrosse Lymphdr  senswellungen lasse ich mit Watte bedecken, die mit einer 5  /   wässrigen Ichthyoll  sung durchtränkt ist, wenn sie sich vergrössern, obwohl sich die primäre Entzündung im Rachen bessert. Wachsen sie trotzdem weiter, so sind sie sobald als möglich mit dem Messer zu eröffnen, weil sie doch vereitern, und längeres Zuwarten nur grössere Zerstörungen zeitigen würde. Ausserdem dürfte man dadurch den Vorthail gewinnen, dass das in den

Drüsen festgehaltene Gift in den Verband läuft, und nicht mehr in den Körper ausgeschwemmt werden kann.

Die Wunde stopfe ich aus und verbinde ich mit Vorliebe mit frisch ausgekochter Gaze, die mit folgender Lösung durchtränkt wird: Lysoli 1,0, Sapon. virid. 50,0, Aq. fervidae 120,0, Spiritus ad 200,0.

Ich gehe zur Behandlung der metastatischen Scharlachaffectionen über, des Rheumatismus, der Endocarditis, der Nephritis.

Der Scharlachrheumatismus wird rasch durch salicylsaures Natrium beseitigt; doch ist davor zu warnen, dieses Mittel allein zu geben, wegen seiner die Niere reizenden Eigenschaften; man könnte leicht dadurch die Scharlachnephritis provociren. Beobachtungen, die ich ausserdem auch bei der verwandten Nierenentzündung des echten Gelenkrheumatismus und der Purpura rheumatica gemacht habe, haben mich gelehrt, dass bei allen diesen Affectionen die Gelenkschwellungen und die Gelenkschmerzen verschwanden, indem sich gleichzeitig die begleitende Nierenentzündung nicht nur nicht verschlimmerte, sondern sogar günstig beeinflusst wurde, wenn ich dem salicylsauren Natrium 10% „Sozjodol“-Natrium zusetzte.

Ebenso pflege ich bei Endocarditis zu handeln. Hier ist natürlich von Herztonicis, wenn nöthig, ausserdem Gebrauch zu machen. Sobald das Fieber aufgehört hat, sind tägliche 5% Soolbäder von 28—29° R. und von 10—25 Minuten Dauer sehr zu empfehlen.

Oben bin ich schon auf die Behandlung der Scharlachnephritis gekommen. Ich habe sie nun schon jahrelang nur bei unbehandelten Scharlachfällen gesehen. Wenn zugleich, wie gewöhnlich, Rheumatismus besteht, so pflege ich zuerst die Niere 1—2 Tage lang mit einer 2% „Sozjodol“-Natr.-Lösung in 1% NaCl-Lösung (stündlich ein Kinderlöffel voll) zu behandeln. Dann wird der Rheumatismus, wie oben geschildert worden ist, mit dreisten Gaben von salicylsaurem „Sozjodol“-Natrium beseitigt. Die Nephritis pflegt dann in wenigen Tagen unter dem Gebrauch von Wildunger Wasser und der oben erwähnten NaCl-„Sozjodol“-Mixtur zu verschwinden.

Die allgemeine Therapie des Scharlachs, welche bei allen Manifestationen der Krankheit stricte durch-

geführt werden muss, ist die gewöhnliche. Sie besteht in: 1. Bettruhe. 2. reiner Milchdiät, am besten in der Form von Milchmehlsuppen. 3. Reinhaltung der Mundhöhle, indem man nach jeder Mahlzeit jungen Kindern, welche noch nicht gurgeln können, 1% NaCl-Lösung zu trinken giebt; ältere lässt man mit 1—2 Esslöffeln voll 30—50% Spiritus gurgeln, und dann mit 1% Kochsalzlösung nachspülen. 4. Reinigung des Darmes (2 mal täglich) durch grosse Einläufe von 1% Kochsalzlösung.

Bei der eben skizzirten Therapie habe ich nun schon seit Jahren keinen Patienten verloren, so dass ich glaube, die Prognose des Scharlachs, selbst wenn es sich um schwere und schwerste Erscheinungen der Krankheit handelt, in meiner Praxis nie ungünstig stellen zu dürfen. Ich warne aber dringend davor, anscheinend leichte Fälle expectativ zu behandeln. Ich habe die schwersten Herz- und Nierenentzündungen gerade dann gesehen, wenn die Eltern mit Bettruhe, Umschlägen und Gurgelungen „das bischen Scharlach“ „curirt“ hatten. Und umgekehrt: auch bei den schwersten Fällen, die ich behandelt habe, habe ich derartiges nie erlebt.“

(Deutsche Medicinal-Zeitg. 1902 No. 10.)

- Zur Prophylaxe der septischen S. publicirt Dr. W. Sohn einen Beitrag. Auf einem Gute erkrankte die 10jähr. Tochter an einer mittelschweren S., die einen ganz regelmässigen, durch keinerlei Complicationen gestörten Verlauf nahm, trotzdem Pat. beiderseits an vergrösserten, mit zahlreichen Buchten ausgestatteten Mandeln litt. Einige Tage nach der Schwester erkrankte auch der 6jähr. Bruder an S. und wurde in einem anderen Zimmer untergebracht, in welchem, wie sich später herausstellte, vor ca. 1½ Jahren eine Unterschenkel-fractur mit einer sich anschliessenden, viele Wochen dauernden Eiterung gelegen hatte. Dieses Zimmer war nachher nicht desinficirt, nicht renovirt, auch nicht bisher benützt worden. Am dritten Tage nun stellte sich bei diesem Pat. eine Temperatursteigerung bis 40° ein, zugleich sehr starke Anschwellung an beiden Seiten des Halses; ferner entwickelte sich eine schwere Angina mit Betheiligung der Nase, sodass die Nasenathmung

vollständig verlegt war. Als Autor den Pat. jetzt zu sehen bekam, konnte an dem Vorhandensein einer schweren Sepsis kein Zweifel bestehen, und führte dieselbe auch am 6. Krankheitstage zum Tode durch Herzschwäche. Eine am Abend vorher vorgenommene tiefe Incision der brettharten Halsphlegmone hatte nur eine starke Infiltration des Zellgewebes, doch keinen Tropfen Eiter ergeben. Autor will gern zugeben, dass in einer Anzahl von Fällen die Entstehung der Sepsis durch vorher im Munde des Pat. vorhandene Streptokokken statt hat, diese Entstehungsweise jedoch für alle Fälle und speciell für den obigen anzunehmen, erscheint gezwungen. A priori hätte man doch hier viel eher bei der Tochter das Vorhandensein von Streptokokken in den Lacunen der vergrößerten Tonsillen und die Entstehung einer Sepsis befürchten müssen, als bei dem völlig gesunden Bruder. Zur Erklärung muss man doch das von der früheren Eiterung noch inficirte Zimmer heranziehen, also eine durch die Athmungsluft stattgehabte Infection mit Streptokokken, die im Staube eines unbenützten, mangelhaft gelüfteten Zimmers so lange ihre Virulenz bewahrt haben. Es sprechen ja für eine Vermittlerrolle der Luft bei der Uebertragung von Streptokokken die in chirurgischen und geburtshülflichen Kliniken gemachten Erfahrungen, denen zu Folge man hier auch die septischen Fälle isolirt. Man thut das mit Recht, trotzdem die vom Chirurgen gesetzte Wunde durch den Verband, der Genitalcanal des Weibes durch den natürlichen Abschluss 100mal mehr geschützt wird, als die durch die Scharlachangina verursachten Wundflächen an den Tonsillen und ihrer Umgebung. Und wenn wir in der Verhütung der Sepsis bei S. noch so wenige Erfolge aufzuweisen haben, so müsste doch hier der Hebel angesetzt werden, um eine Besserung der bisherigen Verhältnisse zu erreichen. In den Kinderspitälern müssten aseptische, leicht desinficirbare Räume geschaffen, die Fälle von septischer S. von den anderen getrennt werden, die prakt. Aerzte aber müssten auf gründliche Desinfection eines Zimmers auch nach jeder grösseren Eiterung dringen und nicht dulden, dass Pat. mit S. in Räumen untergebracht sind, wo vorher Pat. mit Eiterung gewesen, müssten für eine Trennung der

aseptischen Fälle von S. von den septischen eintreten.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902 No. 15.)

- Einen **Fall von Scorbut nach S.** beobachtete Bjeloussow. Der 15jährige Pat. erkrankte in der Scharlachreconvalescenz, am 24. Tage nach Beginn der Erkrankung, an Haemorrhagieen an den Extremitäten, heftiger Gingivitis, Nasenbluten, Blutbrechen und dunklen Stühlen. Unter Bettruhe und entsprechender Behandlung Heilung nach 8 Tagen.

(Djetskaja Medizina 1901 No. 6. —  
Revue der Russ. med. Zeitschriften 1902 No. 4.)

**Tuberculose.** Ein einfaches Verfahren zur Frühdiagnose der T. empfiehlt Dr. S. Wolf (Würzburg, K. Garnisonslazareth). Es ist dies die von Sticker schon vor mehreren Jahren angegebene *probatorische Verabreichung von Jodkalium in kleineren Dosen* (5,0—6:200,0 3mal tägl. 1 Esslöffel). Von den zahlreichen Fällen, in denen diese Methode angewandt wurde, beschreibt Autor zur Illustration folgenden: 23jähr. Pat.; Heredität ohne Anhaltspunkte. Seit mehreren Wochen Drüsen-schwellungen am Halse, schmerzlos, aber zusehends stärker werdend. Ausgesprochen phthisischer Habitus, kränkliches Aussehen. Die Untersuchung der Lungen während der nächsten 4 Wochen ergab stets absolut negativen Befund; Husten und Auswurf fehlten völlig, dagegen hohe Abendtemperaturen. Nach 4 Wochen Verabreichung von 3 Esslöffeln obiger Jodkalilösung. Am folgenden Tage über beiden Spitzen, besonders rechts, deutliche Rasselgeräusche hörbar, gleichzeitig schleimig-eitriger Auswurf, darin einzelne Tuberkelbacillen. Nach drei Tagen Lungenerscheinungen und Auswurf völlig verschwunden, bleiben es auch während der nächsten Woche. Nach zehn Tagen wieder Darreichung von 3 Esslöffeln; am nächsten Tage Rasselgeräusche und Tuberkelbacillen enthaltender Auswurf, die mehrere Tage bestehen bleiben. Nach einer weiteren Pause von zwölf Tagen mit negativem Lungenbefund Experiment zum dritten Male mit demselben Resultate wiederholt. Die Wirkung des Jodkaliums war stets eine so prompte. Die objectiven Zeichen des Katarrhs

der Bronchien wurden erheblich deutlicher, das Sputum reichlicher und flüssiger, der Husten stärker; da wo die Percussion vorher nur leichte Abkürzung oder geringe Dämpfung ergeben, oder wo vorher nur vereinzelter Giemen und Knacken hörbar, wurden ausgesprochene Rasselgeräusche laut, stets zeigten sich in den Spitzen localisirte Katarrhe. Charakteristisch für die nach Jodkali auftretenden Rasselgeräusche ist auch, dass sie nicht von längerer Dauer sind und mit dem Aussetzen des Mittels wieder undeutlicher werden, sodass sie nach mehreren Tagen sogar verschwunden sind, aber jederzeit durch neuerliche Gaben von Jodkali wieder hervorgerufen werden können. Das auf der Höhe dieses künstlich erzeugten resp. gesteigerten Katarrhs expectorirte Sputum liess in den Fällen, wo der Katarrh sich als Spitzenkatarrh darbot, auch Tuberkelbacillen auffinden; bei sämtlichen Pat., bei denen ohne Verabreichung des Mittels die Sputumuntersuchung erfolglos blieb, wurde auf Jodkali hin der Befund positiv. Dadurch wurde die Diagnose auf beginnende T., die nach dem objectiven Untersuchungsbefund oder wegen hereditärer Belastungsmomente nur wahrscheinlich war, sicher gestellt, ja das Jodkali entschied bei den übrigen Fällen, welche bei den geringen objectiven Symptomen, beim Fehlen hereditärer Momente, eines Habitus phthisicus, eines deutlichen Lungenbefundes nur zweifelhafte Diagnosen zulassen, für T. Es gewinnt die Wirkung des Jodkali an Bedeutung, wenn man die Fälle ins Auge fasst, bei denen durch das Mittel und die im Anschluss daran vorgenommene Sputumuntersuchung wegen ihres negativen Ausfalls die vermuthete Diagnose auf beginnende T. ausgeschlossen werden konnte. Es waren das Pat., bei denen hereditäre Anhaltspunkte vorlagen, die Husten, Auswurf, Spitzendifferenzen und in Bezug auf ihre Localisation wechselnde Geräusche aufwiesen, auch Fälle von Haemoptoe waren darunter, also recht verdächtig, aber, wie Jodkali zeigte, in Wirklichkeit doch nicht T. Allerdings zeigten sich auch hier gesteigerte katarrhalische Erscheinungen, aber nicht in den Spitzen localisirte, sondern meist über die ganze Lunge ausgedehnt oder über den Unterlappen am deutlichsten zu constatiren, wie denn auch der weitere Verlauf einfache Bronchitiden ergab. Die

30\*

Fälle von Haemoptoe entpuppten sich schliesslich als Leiden hysterischen Charakters, wobei es in Folge hysterischen Hustens zu einer Reizung der Luftwege mit consecutivem Katarrh kam (bei häufig recidivirender Haemoptoe ist Jodkalium contraindicirt, weil in Folge erhöhten Hustenreizes der Thrombus des arrodirten Gefässes gelöst werden kann). Auch Pat. mit äusseren Krankheiten wurde zur Probe Jodkali gegeben; sie zeigten auch nicht die leisesten Phaenomene an den Lungen. Es ist also anzunehmen, dass da, wo an den Lungen nach Jodkali Reaction eintritt, bereits ein latenter Katarrh bestanden hat. Ist er diffus über die ganze Lunge oder in den Unterlappen localisirt, so handelt es sich gewöhnlich einfach um katarrhalische Processe, ist er an den Spitzen, so ist Phthisis incipiens fast sicher, und die Diagnose bestätigt sich in der Regel bei der bakteriologischen Prüfung. Jodkali bewirkt eine Verflüssigung des Bronchialsecrets im Bereiche afficirter Lungenbezirke; durch diese Verflüssigung treten höchstwahrscheinlich die im Gewebe haftenden Tuberkelbacillen in das Bronchialsecret über, um mit diesem dann expectorirt zu werden. Die Wirkung ist also nicht minder präcis, als die des Tuberculins, aber Jodkali ist viel indifferent, hat keinen solchen Einfluss auf das Allgemeinbefinden, Anwendung und Dosirung ist höchst einfach, eine scharfe Beobachtung nicht erforderlich.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 8.)

- Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel bei Fiebernden macht Dr. A. Ott (Heilstätte Grunewald) eine bemerkenswerthe Mittheilung. Bisher besaßen wir noch keine beweiskräftigen Untersuchungen darüber, ob Alkohol beim Fieberkranken eiweiss sparend wirkt oder nicht. Autor war jetzt in der Lage, bei einem Phthisiker eine allen Anforderungen entsprechende Untersuchung durchzuführen, und diese bewies mit Sicherheit, dass *der Alkohol in der That auch beim Fiebernden eiweiss sparend zu wirken vermag*, und zwar wohl ebenso sehr, wie eine isodyname Menge von Kohlehydraten. Weitgehende praktische Schlüsse will Autor daraus nicht ziehen; nur das geht hervor aus der Untersuchung, dass man sich des Alkohols zwar nicht

als Nahrungsmittels — dafür steht uns Besseres zur Verfügung — wohl aber als eines bei mässiger Menge nicht schädlichen, Genuss und Stimmung verbessernden Mittels auch beim Fieber, wenn auch nur ausnahmsweise, bedienen darf. Namentlich beim chron. Fieber der Lungenkranken hat ein Mittel, das den Pat. wenigstens hier und da ihre trübe Stimmung verscheucht, oft recht segensreiche Folgen.

(Sep.-Abdr. aus „Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie“ Bd. 47.)

— **Das Pflanzeneiweiss „Roborat“ in der Ernährung Tuberculöser** hat Dr. S. Cohn (Berlin, kgl. Poliklinik f. Lungenleidende) geprüft. Ein Nähreiweiss, das dem Phthisiker Nutzen bringen, zu einer erhöhten Eiweissaufnahme dienen und so zum integrierenden Factor einer Heilstättenmascure werden soll, muss folgende Bedingungen erfüllen:

1. Es darf nicht schlecht schmecken, oder besser noch, muss ganz geschmacklos sein oder doch in einem der gebräuchlichen, Wasser enthaltenden Menstrua sich emulsionsartig vertheilen. Unlösliche Präparate erzeugen in dickflüssiger Aufschwemmung im Munde die Tastempfindung des Sandes, wie z. B. Tropon, was sehr bald zur vollständigen Aversion gegen die weitere Zufuhr führt.

2. Es muss leicht verdaulich sein, d. h. falls es in nicht gelöster Form eingeführt wird, durch die Magenabsonderungen leicht und vollständig in einen resorptionsfähigen Zustand übergeführt werden.

3. Es muss wenig Schlacken produciren; denn einmal hindern diese eine energische Ausnützung und ferner auch die Zufuhr genügend grosser Mengen Netto-Eiweiss.

4. Es darf nicht solche Bakterien oder Fermente enthalten, die zu Gährungszuständen im Magendarmcanal führen; denn Gase erzeugen das Gefühl der Völle und allgemeines Krankheitsgefühl, besonders beim Phthisiker.

5. Haupterforderniss: Möglichkeit, es lange und dauernd zu geben, mindestens 3 Monate.

Autor hat in Bezug auf diese Punkte das Roborat geprüft und bewährt gefunden. Speciell was den Geschmack anbelangt, so ist, wenn Roborat sorgfältig durch Verreiben mit Flüssigkeiten zu einer schäumenden



Emulsion gebracht oder das Pulver als Zusatz zu Chocolate oder Gebäck verwendet wird, die Anwesenheit eines Nährmehls nicht erkennbar. In dieser Weise wurde Roborat 14 Pat. in Tagesgaben von 50 g gegeben; bei leichten Fällen war stets Steigerung, bei mittleren Stillstand, bei schweren nur langsames Absinken des Körpergewichts zu constatiren. Ein Fall betraf einen Pat. mit allerschwerster Zerstörung von Lungen und Larynx. Pat. fieberte 4 Monate lang hoch, erhielt täglich 50 g Roborat neben Milch als alleinige Nahrung. Nach der Entfieberung nahm er neben anderweitiger Nahrung noch 3 Monate Roborat weiter bis zum Tage seines Ablebens, im Ganzen ca. 10 kg., ohne Widerwillen zu empfinden oder Störungen der Magendarmfunctionen zu erleiden. Dies bei einem Magen, an den sonst keinerlei Ansprüche gestellt werden konnten! Ähnlich zwei andere Fälle. Da ist der Schluss berechtigt, dass dem Präparat in dem Speisezetteln der Tuberculösen ein Platz gebührt.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1902.)

## Vermischtes.

- Ueber Kindermehle, insbesondere Dr. Klopfer's Kindermehl handelt ein Artikel von Dr. P. Süss. Ein hoher Gehalt an unlöslichen Kohlehydraten ist für Kinder unter 6 Monaten im Allgemeinen unverdaulich. Trotzdem ist in den meisten in Deutschland eingeführten Kindermehlen als Folge ungeeigneter Fabrikationsweise die Stärke nur theilweise in lösliche Kohlehydrate umgewandelt, die Mehle enthalten noch viel zu viel unlösliche Kohlehydrate oder auch eine zu grosse Menge zugesetzten Rohrzuckers, welcher der Gesundheit der Kinder nicht zuträglich ist. Dr. Klopfer's Kindermehl ist, dank einer zweckmässigen Darstellungsart, von diesen Nachtheilen durchaus frei. Von Hefelmann ausgeführte Bestimmungen ergaben, dass alles Eiweiss darin völlig verdaulich ist, dass es an unlöslichen Kohlehydraten nur 2,65%, an löslichen dagegen 70,3% enthält, ferner absolut frei ist von Milchsäure.

(Sep.-Abdr. aus „Pharmaceut. Centralhalle“.)

- **Ung. colloïdale Credé** hat Dr. C. Kassel (Posen) mehrfach mit grossem Vortheil benützt. So bei einer *Furunculosis* der Ohren, des Thorax und der Beine, die er bei einer Schmiercur (3 g pro die) in 6 Tagen heilen sah. In drei Fällen von *Mastoiditis* bei Otitis media purulenta, in denen er neben der Schmiercur auch den Processus einreiben und auf ihm permanent ein Pflaster mit Ung. colloïd. liegen liess, hatte er Heilung in 10 Tagen, während vorher die Otitiden gar nicht heilen wollten. Endlich verschwanden zwei Fälle von *Parotitis* in wenigen Tagen bei ausschliesslich localer Application.

(Therap. Monatshefte, Mai 1902.)

- Ein sehr einfacher, billiger, leicht transportabler und leicht überall zu beschaffender **Untersuchungs- und Operationsstuhl** ist nach Dr. K. Briegleb (Worms) der sogen. *Triumph-Klappstuhl*. Es genügt ein solcher für 3 M. schon für kleine gynaekologische Operationen, Speculumuntersuchungen u. s. w. durchaus. Da die Lehne gegen den Sitztheil verstellbar ist, lässt er sich leicht in die erforderliche Stellung bringen. Auf den Stuhl legt man 1—2 (über einander) Theile einer 3theiligen Matratze ihrer Länge nach, lässt vorn eine Gummiunterlage herunterhängen, legt ein Betttuch darüber, und das Operationslager ist fertig. Die Beine der Pat. stellt man auf zwei Stühle oder improvisirt zwei Beinhalter: Es wird einfach ein Handtuch mit seinen Enden fest zu einer Schlaufe verknotet; solcher Schlaufen macht man sich zwei. Ein kräftiger Strick ist wohl auch überall zu haben, andernfalls nimmt man zwei weitere Handtücher und befestigt das eine Ende jeden Tuches an einer Beinschlaufe, das andere am oberen Ende der Klappstuhllehne. Nun kann man ohne Assistenz — die Hakenzange hält Pat. — Speculumuntersuchungen, Aetzungen, Ausschabungen u. dgl. bequem ausführen.

(Deutsche Praxis 1902 No. 5.)

- **Neuere Präparate der Folia uvae ursi** führt Dr. O. Werler (Berlin) in die Therapie ein, damit dies nützliche Medicament in geeigneterer Form, als in der des Thees, ordinirt werden könnte. Schon vor einigen Jahren empfahl er ein von ihm dargestelltes *Extr. fluid. uvae ursi*, von dem 3—4 mal tägl. 20—40 Tropfen zu nehmen

waren. Obwohl sich die Medication durchaus bewährte, war er bestrebt, die Dispensation weiter zu vervollkommen, und es ist dies nunmehr gelungen durch die von Apotheker C. Stephan (Dresden) dargestellten comprimierten Tabletten: *Tablett. Uropurin.*, deren jede 0,25 g des Trockenextracts (*Extr. sicc. uvae urs.*) = 1 g *Fol. uvae urs.* enthält. Es sind 3mal tägl. 1—2 Tabletten zu nehmen. Auch *Tablett. Uropurin. c. Salol*, *Tablett. Uropurin. c. Hexamethylcatetramin*, *Tablett. Uropurin. c. Acid. acetylo. salicyl.* kommen in den Handel, sodass auch die innere Behandlung der *Gonorrhoe* durch diese Tabletten eine zweckmässige Erweiterung erfahren hat.

(Aerztl. Rundschau 1902 No. 16.)

- Ueber **Verweilkatheter und ihre Handhabung** schreibt L. Casper (Berlin): „Ueber die grossen Dienste, die der Verweilkatheter leistet, sich zu verbreiten, ist hier nicht der Ort. Nehmen wir als Beispiel einen Kranken an, der an einer vollständigen Harnverhaltung leidet und aus gewissen Gründen sehr schwer zu katheterisieren ist. Gelingt es, hier einen Verweilkatheter einzulegen, so ist der Kranke fast immer von seinen Schmerzen befreit, der quälende Harndrang ist beseitigt, die Schmerzen, die das jedesmalige Einführen des Katheters macht, sind gebannt. Haben wir nun einen weichen Verweilkatheter in die Blase gebracht, so wird er auf zweckmässige Art, von der sogleich die Rede sein wird, befestigt. Ich sage ausdrücklich: einen *weichen* Katheter; denn *niemals darf man ein Metallinstrument dauernd in der Blase belassen*. Das habe ich mir und Anderen zur Regel gemacht, seitdem ich einen Fall gesehen habe, in welchem durch einen Verweil-Metallkatheter des Nachts, wahrscheinlich bei einer heftigen Bewegung, die der Kranke gemacht hatte, die Blase durchbohrt und so ein schlimmer Ausgang herbeigeführt worden war. Zur *Befestigung des Katheters* giebt es mehrere Methoden, von denen ich einige der praktischsten kurz skizziren will. Die Aufgabe, den Katheter ganz fest zu legen, sodass er weder vorwärts noch rückwärts kann, ist sehr wichtig. Er muss so angelegt werden, dass sein Auge gerade in die Blase reicht, damit nicht die Spitze gegen die Blasenwand anstösst und diese

reizt. Rutscht er nun etwas nach aussen, sodass das Auge im hintersten Abschnitt der Harnröhre liegt, so ist der Auslass verlegt, der Kranke bekommt sehr bald heftige Schmerzen, ja Blasenkrämpfe; die Situation ist schlimmer, als wenn gar kein Katheter eingeführt worden wäre. Die Befestigung selbst nimmt man in folgender Weise vor: man schneidet sich ein etwa 5 cm grosses quadratisches Stück von gutem Heftpflaster, am besten amerikanisches Heftpflaster oder die Marke Helfenberg in Unna, zurecht, macht in dessen Mitte ein kleines Loch und zieht durch dieses das Heftpflaster über den Katheter. Die eingeschnittenen Ecken des Heftpflasters werden an der Glans penis angeklebt; jetzt sticht man eine Sicherheitsnadel durch den Nélaton- oder auch Seidenkatheter und zieht nun wieder ein etwas grösseres durchlochstes Heftpflaster über den Katheter. Dessen mittlerer Theil bedeckt die Sicherheitsnadel, die Enden werden über dem 1. Heftpflaster auf der Glans befestigt. Beide Heftpflaster können dann noch durch einen ringförmigen Heftpflasterstreifen gesichert werden. Es liegt also nun die den Katheter an die Glans fixirende Sicherheitsnadel zwischen den beiden Heftpflasterstücken, der Katheter kann weder vor noch zurück, solange das Heftpflaster gut an der Haut klebt. Eine andere bequeme Art, einen weichen Katheter festzulegen, ist von meinem Assistenten, Herrn Dr. Warnbauer, angegeben worden. Bei ihrer Anwendung schneidet man den Katheter so weit ab, dass er nur einige Centimeter über das Orificium cutaneum heraussteht; in seine Öffnung wird nun ein kleiner mit Ösen versehener Metalltrichter fest hineingesteckt; durch die Ösen werden kurze Bänder (Schürzenband) gezogen und diese mit Heftpflaster an die Glans penis befestigt. Wenn der Harn blutig oder sehr eitrig, ist der Apparat nicht zweckmässig, weil Gerinnsel und festere Eitermassen den engen Theil des Trichters leicht verstopfen. Dann greift man besser zur 1. Methode oder man befestigt durch Umwicklung von Heftpflaster 2 etwa 40 cm lange Bänder (Schürzenband) am Katheter unmittelbar vor dem Orificium cutaneum urethrae. Die Bänder werden dann an das Membrum gelegt und daselbst durch Umwicklung mit Heftpflaster befestigt, die Enden der Bänder endlich werden am Leibe mit

Heftpflaster angeklebt. Alle diese Methoden sind verlässlich und gut, nur muss man Sorge tragen, dass der Katheter ganz genau da fixirt wird, wo man herausgefunden hat, dass er richtig liegt. Das stellt man durch Einspritzen von abgekochtem Wasser vermittelt einer Handspritze in die Blase fest. Läuft die Flüssigkeit, ohne dem Kranken Beschwerden zu machen, ein und wieder gut ab, dann hat man die richtige Lage des Katheters gewählt. Der so befestigte Katheter wird nun in ein Gefäss geleitet, in welches der Harn abfliessen soll. Dies Gefäss muss tief stehen, damit eine Art Heberwirkung erreicht wird, die den Harn aus der Blase herausaugt. Deshalb ist es zweckmässig, an dem Katheter einen Schlauch zu befestigen, der nach aussen in ein unter oder neben dem Bett stehendes Geschirr geleitet wird. Dieses Geschirr soll mit Sublimat (1 : 1000) halb gefüllt sein, damit nicht Schlauch und Katheter eine Infectionsquelle für die Blase abgeben. Der Zusatz von Sublimat zu dem abfliessenden Harn verhindert, dass sich der Harn zersetzen kann und vernichtet auch die Entwicklungsfähigkeit der entstehenden Keime. Das aber ist von grosser Wichtigkeit; denn jedesmal entsteht in der Harnröhre des Mannes, in welcher längere Zeit eine Sonde à demeure liegt, eine Eiterung, die der Fortentwicklung und Fortleitung eitererregender Keime äusserst günstig ist. Die durch den mechanischen Reiz verursachte, zunächst bakterienlose Urethritis wird sehr leicht zu einer bakterienführenden, welche die Blase zu inficiren droht, wenn nicht die geschilderte Vorsichtsmaassregel getroffen wird. Ein weiteres Mittel, dieser Gefahr vorzubeugen, besteht in regelmässigen Spülungen der Blase, die in kurzen Zwischenräumen vorgenommen werden sollen. Man benützt zu diesen Spülungen eine 3 %ige Borsäurelösung oder eine Lösung von Hydrarg. oxycyanat. 1 : 5000. Die noch stärker wirkenden Lösungen von Höllenstein und Sublimat sind zu den wiederholten Spülungen nicht verwerthbar, weil sie die Blase reizen. Wohl aber ist es angängig, eine Spritze von 100—200 ccm Höllensteinlösung (1 : 1000) 1 mal täglich in die Blase zu bringen und wieder ablaufen zu lassen. Diese Silberspülung hat eine gründliche desinficirende Wirkung, sie tödtet die in die Blase hineinkommenden Keime ab, sie macht

aber die regelmässigen Spülungen mit den genannten schwächeren Lösungen nicht überflüssig. Die Wärter werden angewiesen, alle Stunden oder wenigstens alle 2 Stunden 100 ccm dieser Lösung vermittelst einer Handspritze in die Blase zu bringen und sie gleich wieder durch den Katheter ablaufen zu lassen, ein Verfahren, durch welches eine mechanische Reinigung der Blase von etwa hineingekommenen Mikroorganismen erzielt wird.“

(Die Krankenpflege, I, 6.)

- Ueber **Pilulae resorbentes** (*Ichthyolsalicyl - Resorptionspillen*) schreibt Dr. B. Rohden (Lippspringe): „Das Ichthyolsalicyl 50% (eine neue chemische Verbindung, welche auf meine Veranlassung von der Ichthyolgesellschaft dargestellt wurde,) hat sich mir in Pillenform in der Zusammensetzung mit Coffein. citr. von ausgezeichneter Resorptionskraft bei Behandlung von beginnenden Schrumpfungprocessen zur Erzielung einer Rückbildung von Entzündungen in verschiedenen Organen erwiesen. Sowohl bei *Tuberculose der Lungen*, bei älteren *Pleuritiden*, ferner zur Behandlung von *Rheumatiden* und *Arthritis urica* sind die Ichthyolsalicyl-Resorptionspillen als werthvoll zu bezeichnen. In Anbetracht der keratolytischen Wirkung und der gefässcontrahirenden Eigenschaften des sulfurhaltigen Ichthyol, sowie des Gehaltes an Salicylsäure, welche, in fortgesetzt kleinen Dosen dargereicht, nach meinen Beobachtungen eine bedeutende resolvirende Wirkung auf die Schleimhäute ausübt, dürften die Ichthyolsalicyl-Resorptionspillen auch in der Urologie und in der Therapie gynaekologischer (para- und perimetritischer) Affectionen ein weiteres Feld der Verwerthung haben. Die günstigen Erfahrungen, welche man mit Ichthyoldosirung bei *Morbus Brightii* und auch bei *Diabetes* gemacht hat, werden entschieden bei Ichthyolsalicylverordnung Bestätigung finden. Das Präparat ist wohlbekömmlich, ein leichtes Aufstossen kurz nach dem Gebrauch hindert nicht die fortgesetzte Anwendung. Ich empfehle, etwas kohlen-saures alkalisches Wasser (z. B. den sehr diuretisch wirkenden, den Stoffumsatz befördernden, alkalischen Lippspringer Kalkstahlbrunnen) während des Gebrauches der Pillen trinken zu lassen.

Bei Arthritis urica wird ein monatelanger, event. in bestimmten Intervallen jahrelanger Genuss von Ichthyolsalicyl mit dem alkalischen Kalkstahlbrunnen angebracht sein. Die Ichthyolsalicylpillen in primären wie vorgeschrittenen Fällen bei Tuberculose der Lungen zu dosiren, wird in Anbetracht der von so vielen Seiten hier bestätigten günstigen Ichthyolwirkung in Verbindung mit dem hygien. Heilverfahren sehr lohnend sein, und empfehle ich die Nachprüfung angelegentlichst. Ich habe dem Ichthyolsalicyl 0,2 pro pil. Coffein. citr. 0,05 zugesetzt und die Massa pilul. aus diuretischen Pflanzenextracten (Scilla, Ononis, Foenic., Juniper., Petroselin.) herstellen lassen. Es ist täglich mit 3 mal 1 Pille zu beginnen und auf 3 mal täglich 3—4 Pillen allmählig zu steigern. Die dragirten Pillen werden dargestellt unter dem der Wirkung entsprechenden Namen „Ichthyolsalicyl-Resorptionpillen“ im chem.-pharm. Laboratorium der Engel-Apotheke Mülheim (Ruhr) und sind dort fertig zu beziehen. Ich halte das neue Präparat Ichthyolsalicyl für eine nützliche Bereicherung des Arzneischatzes, wo es gilt, eine Restitutio ad integrum bei subacuten und chron. Entzündungen und Schrumpfungsprocessen herbeizuführen.“

(Therap. Monatshefte 1902 No. 4.)

- Ueber einen **Fall von Cohabitationsverletzung** berichtet Mansbach. Ein 21jähr. Mädchen trug beim Coitus mit dem Bräutigam einen seichten Riss von 3 cm Länge im hinteren Scheidengewölbe davon. Die profuse Blutung stand erst bei der zweiten Vaginaltamponade. Abnormes an dem Genitale der Pat. nicht zu finden. — Emmerich berichtet über zwei Fälle abundanter Blutung aus dem durch den ersten Coitus zerrissenen Hymen, welche beide nur durch Umstechung gestillt werden konnten. Ferner sah Autor einen Fall von Schwangerschaft bei intactem Hymen, in welchem der Coitus in die Harnröhre stattgefunden hatte, welche dadurch bedeutend erweitert worden war. — Flatau macht darauf aufmerksam, dass die Coitusverletzungen im engeren Sinne gerade die oberen, räumlich weiteren Theile der Scheide und des Gewölbes betreffen. Er ist Anhänger der Theorie Warmann's von der durch gesteigerte Voluptas bewirkten Mitbetheiligung der Frau beim

Entstehen der hohen Verletzungen. Der Sachverständige müsse bei diesen stets *gegen* die Annahme von Nothzucht sprechen. Richtig sei auch die nun feste Ueberzeugung, dass thatsächlich *nur* durch das Membrum virile die gewaltigsten und nahezu lebensbedrohenden Verletzungen der weiblichen Genitalien verursacht werden können.

(Nürnberger med. Gesellschaft 20. II. 1902.  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 13.)

- Dr. Theinhardt's „Hygiama“ hat Dr. J. Aronsohn bei kranken, schwachen, in der Ernährung zurückgebliebenen Kindern mit Ausschluss von Säuglingen (für diese existirt ein besonderes Präparat: Dr. Theinhardt's „lösliche Kindernahrung“) angewandt. Das 21,22 % Eiweissstoffe, 10,046 % Fett, 49,10 % lösliche Kohlehydrate, 11,33 % unlösliche Kohlehydrate, 3,55 % Nährsalze (mit 1,0285 % Phosphorsäure) und 4,748 % Wasser enthaltende Pulver erinnert in Aussehen und Geschmack an Cacao und wurde von allen Kindern gern genommen (3 mal tägl. 1 Thee- bis Kinderlöffel). Die Kinder nahmen bald an Gewicht zu, ihr Allgemeinbefinden besserte sich, und auch auf Rhachitis und chron. Darmkatarrhe schien das Präparat günstig einzuwirken.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1902 No. 11.)

- Zur Erzielung localer Blutleere an den Fingern für kleinere Operationen (Naht, Entfernung von Fremdkörpern, Incision von Panaritien etc.) kann man sich nach Dr. F. Bock (Berlin) mit Vortheil der kleinen *Gummiringe* bedienen, wie sie bei den Flaschenverschlüssen der Seltersflaschen gebraucht werden. Zu verwenden sind nicht die mit einem centralen Loch versehenen, meist für Bierflaschenverschlüsse benützten Gummischeiben, sondern die etwa 4 mm dicken Gummiringe, deren äusserer Durchmesser ca.  $1\frac{1}{2}$  cm und deren Lichtung ca. 7 mm beträgt. Diese Ringe können mit Leichtigkeit von der Fingerspitze aus über den Finger bis zur Basis rollend gestreift werden. Ueber eine entzündete oder verletzte Stelle wird der Ring durch Abheben des Gummis hinübergeführt. Durch das Herüberstreifen des Ringes über den Finger wird das Blut vollkommen aus dem Finger verdrängt; nachdem der Ring angelegt



ist, ist jeder Blutzufuss zum Finger unmöglich. Nach Beendigung der Operation wird man den Ring bei der Billigkeit des Materials einfach mit der Scheere zerschneiden. Bei durch Entzündung stark verdickten Fingern, wie zuweilen bei Periostitis, ist der Gummiring nicht anwendbar.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 5.) -

## Bücherschau.

— Dr. W. Croner's „**Therapie an den Berliner Universitätskliniken**“ (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin) verdankt dem in neuerer Zeit immer mehr zu Tage tretenden Bestreben seine Entstehung, dasjenige, was in grösseren Kliniken gelehrt und ausgeübt wird, weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Ein solches Buch, das die Wiener Kliniken zur Unterlage hat, erfreut sich bereits grosser Verbreitung, und auch das vorliegende, vorzüglich ausgestattete, dabei nicht theuere Buch (geb. M. 10) dürfte, Dank seines reichen Inhalts und seiner sehr übersichtlichen und praktischen Anlage sich bald viele Freunde erwerben. Es enthält die Therapie, welche in den Kliniken resp. Polikliniken von Leyden, Gerhardt, Senator, Heubner, B. Fränkel, v. Bergmann, König, Greeff, Lucae, Gusserow, Lesser geübt wird — jede Disciplin alphabetisch nach Stichworten geordnet, — ausserdem anhangsweise mehrere wichtige Capitel (Vergiftungen, Vorschriften über Aufnahme Geisteskranker u. s. w.). Wenn die zahlreichen Receptformeln kleiner gedruckt würden, könnte ziemlich viel Raum gespart werden, das Buch würde handlicher und vielleicht noch etwas billiger werden.

— Wenn ein über Massage handelndes Buch im Laufe eines Lustrums 3 Auflagen erlebt, dann hat es sich wohl zweifellos aufs Beste bewährt. Dr. A. Bum's **Handbuch der Massage und Heilgymnastik**, welches jetzt in 3. Auflage bei Urban & Schwarzenberg (Wien und Berlin) erschienen ist, bedarf daher keiner weit-schweifigen Begleitworte. Es sei nur erwähnt, dass

der Autor wieder den technischen und wissenschaftlichen Errungenschaften der neuesten Zeit Rechnung getragen, z. B. Frenkel's Uebungsbehandlung, Herz' Widerstandsgymnastik aufs Genaueste berücksichtigt hat. Die 173 dem Werke beigegebenen Holzschnitte sind sehr gut und erleichtern das Verständniss des Textes recht sehr. — Auch von 2 in gleichem Verlage erscheinenden Lieferungswerken sind Fortsetzungen erschienen: **Monti's Kinderheilkunde** enthält in Heft 16 die *Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute*, sowie *die functionellen Störungen des Nervensystems*. Wenn es dem Autor gelungen ist, auf knapp 70 Seiten diesen Stoff in erschöpfender Weise, ja unter Beifügung zahlreicher Receptformeln, zu erledigen, so zeigt dies, wie derselbe die Fähigkeit besitzt, in knappster Form, doch klar und verständlich, sich auszudrücken, und allen unnützen Ballast fortzulassen bestrebt ist. Diese Vorzüge des Monti'schen Werkes kommen gerade im vorliegenden Hefte zur vollsten Geltung. — Von der **Medicin. Terminologie** von Dr. W. Guttman bringt die II. Abtheilung (Bogen 11—20) die Stichworte „Fittig'sche Reaction“ bis „Myxoma“. Das Werk, welches bekanntlich zum ersten Male die Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke der *gesammten* modernen Medicin und Naturwissenschaften, soweit sie für Mediciner in Betracht kommen, bringt, wird letzteren ein unentbehrliches Nachschlagebuch werden.

- **Döderlein's Geburtshüfl. Operationscurs** liegt in fünfter Auflage vor (Leipzig, G. Thieme. Preis gebd. Mk. 4.—). Der Autor wollte mit diesem Büchlein ein Taschenbuch für den geburtszuhilflichen Operationscurs schaffen, zur Erleichterung für Lehrer und Hörer, zweitens dem angehenden Geburtshelfer einen Führer bieten, aus dem er sich unmittelbar vor Operationen noch einmal über Einzelheiten vergewissern könnte. Dass der Verfasser diese Aufgaben bestens gelöst, beweist schon der Erfolg seines Werkchens, das innerhalb weniger Jahre 5 mal neu aufgelegt werden musste. Autor ist bemüht, in jeder neuen Auflage Verbesserungen anzubringen, die sich ihm aus der täglichen Praxis ergeben, und so hat er auch diesmal das Buch einer genauen Revision unterzogen und manches verbessert, vor Allem bei den

Bildern, die naturgemäss einen breiten Raum in dem Buche einnehmen.

- Nachdem M. Fränkel schon einen Theil seiner „Vorträge für das Staatsexamen“, nämlich die „Allgem. Pathologie“ publicirt hat, hat er jetzt einen anderen Theil folgen lassen (Leipzig, Verlag von Hartung & Sohn): **Die 20 histologischen und osteologischen Staatsexamens-Vorträge**, und zwar zunächst den 1. Theil, die histologischen Vorträge unter Berücksichtigung der zahnärztlichen Prüfungsaufgaben. Die gesammte Histologie ist hier kurz zusammengefasst, und zwar so, dass diejenigen, die vor dem Staatsexamen — auch für das Tentamen physicum ist es geeignet — dies Gebiet umfassend und doch in aller Kürze wiederholen wollen, das Buch mit vielem Nutzen durchgehen werden. Mehr will und kann das Werkchen nicht leisten, und das ist gut.
- Von der **Bibliothek der Medicin. Wissenschaften**, herausgegeben von Prof. Drasche, liegen jetzt die Lieferungen 206—229 vor, enthaltend das Gebiet der Chirurgie von „Neurektomie“ bis zum Schluss. Hervorragende Mitarbeiter haben die einzelnen Artikel, von denen wir „Nierenchirurgie“, „Radiusfracturen“, „Resection“, „Röntgenuntersuchung“, „Skoliose“, „Struma“, „Tracheotomie“, „Typhlitis“, „Ulcus cruris“, „Unfallskrankheiten“, „Verbände“, „Verkrümmungen“, „Wirbelerkrankungen“, „Wundbehandlung“, „Zahnersatz“, „Zahnkrankheiten“ hervorheben wollen, im Sinne des Praktikers verfasst, d. h. so, dass derselbe sich bequem und rasch Rath holen kann in allen chirurgischen Fragen, die ihn gerade interessiren. Die Lieferungen 220/221 bringen den Beginn des „Supplements“ bis zum Stichwort „Goelisches Kinderpulver“, und nach Beendigung dieses Abschnittes soll noch ein „Generalregister“ folgen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

**N<sup>o</sup> 11.**

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachliteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**August**

**XI. Jahrgang**

**1902.**

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

## **Augenentzündungen.** Ueber die Behandlung der

Conjunctivitis ekzematosa lässt sich Dr. Haas (Krefeld) aus, indem er die Grundsätze bespricht, die er in der Pagenstecher'schen Augenheilanstalt (Wiesbaden) kennen gelernt hat, wo sie sich seit Jahren als besonders praktisch bewährten. Zunächst muss man die *hygienischen Verhältnisse* der meist arg vernachlässigten kleinen Pat. zu bessern suchen, sowie sein Augenmerk auf das *Körpereckzem* richten. Stets Beginn mit der gründlichen Reinigung der Pat. im warmen Bade mit Seife und Bürste (dabei Schutz der Augen!) Diese Reinigung ist unerlässlich, und sehr oft sieht man schon am folgenden Tage eine eclatante Besserung aller Erscheinungen. Ohringe entferne man. Ferner sind im Bade alle Ekzemborken (meist handelt es sich

um den Kopf!), soweit dies ohne Schmerzen und Blutungen geht, abzulösen, auch bietet das Bad die beste Gelegenheit, auf Kopfparasiten zu fahnden. Findet man die Thiere oder Nissen nur vereinzelt, so kann man dieselben ohne Entfernung des Haares durch sorgfältiges Auskämmen und energisches, mehrmals täglich vorzunehmendes Einreiben des Haares mit Sabadilllessig vernichten. Ist aber das Ungeziefer sehr zahlreich, oder bestehen zugleich Ekzemborken auf der Kopfhaut, die häufig mit den Haaren zu dicken Platten verfilzt sind und sich ohne ausgedehnte Substanzverluste, Blutungen, Schmerzen gar nicht entfernen lassen, so schneidet man das Haar so kurz wie möglich ab und lässt dabei die Borkeninseln zunächst unberührt. Sodann reibt man mit einem kleinen, aus Watte und Leinwand hergestellten Bäuschchen recht sorgfältig die Kopfhaut mit weisser Praecipitatsalbe ein, legt dick mit der Salbe bestrichene Leinwandläppchen derart darauf, dass die Kopfhaut überall davon bedeckt ist, und fixirt dieselben mit dünnen Wattelagen und einigen Bindetouren zu einer Kappe, die zwei Tage liegen bleibt. Beim Verbandwechsel findet man dann alles Ungeziefer getödtet und selbst die dicksten Krusten erweicht, sodass sie leicht zu entfernen sind. Ist dies geschehen, so reinigt man die Kopfhaut gründlich mit warmem Wasser und Seife (event. noch Aether), trocknet gut ab und streicht mit einem Glasstabe oder Pinsel reines *Ichthyol*, das man vorher durch Stehen an der Luft etwas hat eintrocknen lassen, auf alle ekzematösen Stellen, auch auf erythematöse und wunde, auf, event. auf die ganze Schädeldecke. Das *Ichthyol* trocknet schnell zu einer schwarzen Lamelle ein, ein Verband ist nicht nöthig. Das Ekzem aber heilt darunter sehr rasch ab, dann stösst sich die Lamelle von selber los. Ebenso verfährt man mit Ekzem im Gesicht und am übrigen Körper. Wo ein Verband nicht angelegt werden kann, bestreicht man zunächst mit weisser Präcipitatsalbe, kann bald die Kruste entfernen, und applicirt dann *Ichthyol*. Nur an den Lidrändern wendet man lieber gelbe Quecksilbersalbe (1%) an. Sorgfältig ist besonders Naseneingangsekzem zu behandeln. In den meisten Fällen kommt man mit dem Verfahren zum Ziel. Nur bei einzelnen sehr hartnäckigen Ek-

zemen muss man zum Höllenstein greifen, den man (höchstens in 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Lösung) nach Entfernung der Borken solange auftupft (anfangs täglich), bis sich ein weisser Schorf bildet. Nun zur *Conjunctivalaffection* selbst. Hier unterscheidet man zweckmässig Formen, die ohne, und solche, die mit Secretion einhergehen. Die ersteren, meist speckige, isolirte Phlyktaenen oder die miliare Form, gehen am besten zurück auf *gelbe Quecksilbersalbe* und warme Aufschläge, die 4—6 mal täglich je  $\frac{1}{4}$  Stunde lang applicirt werden (Lider und Gesichtshaut dabei mit Borsalbe einfetten!), während die gelbe Salbe Morgens und Abends mit einem Glasstabe in den Conjunctivalsack eingestrichen und bei geschlossenen Lidern 1 Minute massirt wird (man beginnt mit schwacher Concentration und steigt bis zu 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Ist *reichliche Secretion* vorhanden, so ist am wirksamsten *Argent. nitr. in 1—2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>iger Lösung* 1—2 mal täglich eingeträufelt, allerdings eine sehr schmerzhaftes Procedur. Seit einiger Zeit wendet Autor den Höllenstein *in einem öligen Medium* an (er wird erst mit etwas Ung. Paraffin. fein verrieben und dann mit Paraffin. liq. aufgenommen); das Collyrium ist schmerzlos und noch wirksamer, als die wässrige Lösung. Ist die Secretion gewichen, so kommt die gelbe Salbe an die Reihe. Greift der Process auf die *Cornea* über, so muss man reichlich *Mydriatica* anwenden, am besten *Scopolamin* (0,02 : 10,0), das sehr günstig auf Hornhautulcerationen einwirkt. Das Gefässbändchen kann man durch consequente Massage mit gelber Salbe (5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) völlig zur Resorption bringen. Um Lichtscheu und Blepharospasmus zu beseitigen, muss man vor allem nach der Ursache forschen. Die so häufig vorhandenen Rhagaden der Lidwinkel betupft man mit dem Höllensteinstift und bestreicht sie, wie auch die ganzen Lider, dünn mit gelber Salbe, sodass die Fettschicht die Haut gegen die Thränen schützt. Gehen Krampf und Lichtscheu von der Cornea aus, so gelingt es der Trias: warme Aufschläge, Scopolamin und Lapislösung fast immer, dieselben zu heben; event. fügt man noch Bettruhe in mässig verdunkeltem (aber gut gelüftetem!) Zimmer hinzu. Vor Cocain ist dringend zu warnen, da es oft schwer das Corneagewebe schädigt. Bei kleinen Kindern ist Eintauchen des Gesichtes in kaltes

Wasser oft recht wirksam (aber nicht etwa oft auszuführen!). Vorzüglich ist aber folgende Methode: Nach gründlicher Reinigung des oberen Lides des mit Blepharospasmus behafteten Auges von allem Fett streicht man mit dem Höllensteinstift ganz leicht einige Male über die Mitte des Lides von einem Winkel zum anderen parallel dem Lidrande, sodass sich ein etwa 2 mm breiter, oberflächlicher Schorfstreifen bildet. In leichten Fällen genügt das, in schwereren ist es nach einigen Tagen zu wiederholen. Neben dieser örtlichen Therapie natürlich stets auch Berücksichtigung der allgemeinen. Ja keine fette und schwer verdauliche Nahrung! Man reiche die möglichst animalische Nahrung häufiger, aber in kleinen Portionen. Viel frische Luft und Milch! Zur Unterstützung Ordination von Syr. ferri jodat. Bei vernachlässigten scrophulösen Kindern erzielt man oft überraschende Erfolge mit einer *Seifenschmiercur* (genau wie bei der Hg-Inunctionscur 3—4 g grüne Seife 30—40mal applicirt), die manchmal sehr rasch die Kinder kräftigt und die Augen reizfrei macht. Halsabscesse sah Autor einige Male auf Einreibungen mit *Ung. Credé* (2 g dreimal tägl. wie graue Salbe eingerieben) schnell resorbirt werden, gleichzeitig indurirte Halspaquete verschwinden. Von grossem Werthe ferner systematische Hautpflege: Salzbäder! Zuweilen, besonders bei ausgedehntem Körperekzem sieht man gute Erfolge von Sublimatbädern; Pat. wird im warmen Bade (1 : 2000) tüchtig mit einer rauen Bürste abgerieben, bis die Haut hochroth ist, dann mit Frottirtuch abgetrocknet und ins Bett gebracht. Zur Verhinderung von Recidiven ist Aufbesserung der hygienischen Verhältnisse dringend von nöthen.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 15. V. 1902).

— **Kann eine Keratitis durch Ergotin hervorgerufen werden?**

Diese Frage beantwortet Augenarzt Dr. Hennicke (Gera) *bejahend*. Schon 1894 war derselbe anlässlich der Erblindung von Bären eines zoologischen Gartens aufmerksam auf dies Factum geworden. Die Bären wiesen starke Hornhauttrübungen auf, für die zunächst Ursachen nicht gefunden wurden, bis man darauf kam, die Schädlichkeit in der Nahrung zu suchen. Dieselbe bestand hauptsächlich aus Brot, dessen Untersuchung

dann ergab, dass es reichlich Ergotin enthielt. Autor brachte schon damals die Augenerkrankung in Zusammenhang mit dem Ergotin, konnte aber mangels ähnlicher Erkrankungen beim Menschen sichere Schlüsse nicht ziehen. Nun kam kürzlich zu ihm eine 43jähr. Frau mit der Klage, sie könne seit vierzehn Tagen auf dem rechten Auge nicht gut sehen. Rechterseits halbe, links volle Sehschärfe bei Bestehen von Emmetropie. Beide Augen vollständig reizlos, das linke äusserlich und ophthalmoskopisch normal. Rechts Ciliargefässe leicht gefüllt; in der Hornhaut parenchymatöse, eigenthümlich streifenförmige Trübung von der Form eines breitbasigen Pterygiums, dessen Basis direct nach aussen, dessen Spitze gegenüber der Mitte der Pupille gelegen war; Trübung nicht vollständig undurchsichtig, sondern überall kleine Lücken enthaltend. Pupille reagierte prompt, Iris normal, ebenso ophthalmoskopisches Bild. Untersuchung ergab nichts Belastendes (Lues, Tuberculose), ebenso die Anamnese, bis nach einigen Tagen es sich herausstellte, dass Pat. wegen profuser Menstruation Ergotin von einem Arzt verschrieben erhalten und genommen habe. Nach Aussetzung des Medicamentes begann die Trübung ohne jegliche Therapie sich aufzuhellen und zu verkleinern. Aber da die nächste Menstruation sich nahte, nahm Pat. wieder das Ergotin, und nun trat sofort die Trübung ganz in dem gleichen Umfange wieder ein, wie vordem. Das Medicament wurde wieder fortgelassen, die Trübungen wurden sehr bald wieder kleiner und verschwanden ganz. Man muss also doch wohl annehmen, dass durch Ergotin Ernährungsstörungen oder sonstige Veränderungen an der Hornhaut hervorgerufen werden können.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 9. V. 1902.)

- Die **Erfolge der Credéisirung Neugeborener** (an der Kgl. Univ.-Frauenklinik zu Göttingen) giebt Dr. E. Runge bekannt. Schon 1897 hat Schallehn die Ergebnisse der Credéisirung in dieser Klinik veröffentlicht, von 1888—1896, in welcher Zeit 917 Kinder credéisirt wurden; keines derselben erkrankte an Frühinfection, zwei an Spätinfection (am 8. Tage). Runge's Statistik setzt zu dieser Zeit ein und geht bis März 1902; im Ganzen umfasst sie 1000 credéisirte Kinder, von denen



keins an Frühinfection, eines an Spätinfection (Anfang der zweiten Woche) erkrankte (mit sehr leichten, schon nach zwei Tagen abgelaufenen Erscheinungen). Also zusammen 1917 *credésirte Fälle mit nur 0% Frühinfection und 0,15% Spätinfection*. Um zu prüfen, ob vielleicht gerade dies Material gonorrhoeefrei sei, wurden 2mal zu verschiedenen Zeiten je 40 Schwangere auf Gonorrhoe untersucht; bei der ersten Untersuchung zeigten 25%, bei der zweiten aber 20% der Frauen Gonokokken. Also Gelegenheit zur Infection war genügend vorhanden, trotzdem aber nicht eine einzige Frühinfection, das spricht wohl genügend für die *absolute Sicherheit der Credé'schen Methode*. Weil 2% Argentum-Lösung manchmal doch etwas reizte, operirte man seit 1897 nur noch mit 1%iger Lösung, wobei 928 Kinder in Betracht kommen. Auch diese blieben frei von Infection, was beweist, dass 1%ige *Argentum-Lösung zur Erzielung des Erfolges genügt*. Man muss nur die Vorschriften Credé's genau befolgen und *möglichst früh einträufeln*, spätestens eine Stunde post partum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 20.)

**Blutungen.** Gelatine bei *Melaena neonatorum* injicirte mit bestem Erfolge auch Dr. M. Döllner (Vallendar) einem Kinde von zwei Tagen, das per os und per anum recht beträchtliche Mengen Blutes entleerte. Viermal (meist in einstündigen Zwischenräumen) spritzte er eine 2%ige Lösung (Gel. alb. 2,0 — Natr. chlorat. 0,12 — Aq. dest. 100,0) auf 38° erwärmt, jedesmal zu 10 ccm neben dem inneren Rande der Scapula ein. Diese 40 ccm genügten, den B. ein Ende zu machen und baldige Genesung herbeizuführen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 21.)

— **Adrenalin** nennt Lermoyez ein „grosses Medicament der Zukunft“. Dies aus Amerika über Bordeaux eingeführte Mittel hat die merkwürdige Eigenschaft, die Circulation in Körpertheilen, mit denen es in Berührung gebracht wird, vorübergehend zu unterbrechen, ohne sie zu schädigen. Bestreicht man z. B. die Nasenschleimhaut mit einer schwachen Adrenalinlösung, so wird dieselbe blass und zieht sich zusammen, sodass der Knochen

bloss zu liegen scheint; nach 5 Minuten kann man jede Operation, Redression des deviierten Nasenseptums, Abtragung der Muschel, Auskratzung des Lupus, kurz, jeden blutigen Eingriff wie an der Leiche, ohne jeden Blutverlust, vornehmen. Die Blutleere dauert  $\frac{1}{2}$  Stunde und länger an. Adrenalin ist der wirksame Bestandtheil der Nebennieren, 1901 von Takamine (New York) isolirt. Er muss nur in sehr geringer Menge darin enthalten sein, denn das kg kostet 200 000 Frs. Jedoch wirkt es schon in Lösungen von 1—3 : 1000, und wenige Tropfen genügen, um ein beschränktes Operationsfeld blutleer zu machen. Es ist das energischste aller bekannten Vasoconstrictorenmittel. Adrenalin und Cocain ergänzen sich gegenseitig: das eine verhindert die Blutung, das andere den Schmerz. Entzündete Gewebe, auf welchen das Cocain von geringer Wirksamkeit ist, macht Adrenalin blutleer und damit der Einwirkung des Cocain zugänglich.

(Presse médic. 1902 No. 37. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 21.)

- **Adrenalin** verwertheten Moure u. Brindel (Bordeaux) in der Oto-Rhino-Laryngologie und erzielten mit Lösung 1 : 5000—1000 bei den verschiedensten Eingriffen nahezu complete Blutleere des Operationsfeldes. Auch als Haemostaticum bei Epistaxis varicosa bewährte es sich und seine vasoconstringirende Wirkung machte sich in gleicher Weise erfolgreich bei acuten und chron. Entzündungen der Schleimhäute, wie bei Schwellungen in Folge von Reizungszuständen der Vasodilatoren geltend. Nie kam es zu Nachblutungen. Cocain und Adrenalin ergänzen sich ausgezeichnet, und wurden mit folgender Mischung vorzügliche Erfolge erzielt:

Rp. Sol. adrenalin. (1 : 5000) 10,0  
Sol. Cocain. mur. (1,0 : 10,0) 5,0

Wahrscheinlich werden auch Ophthalmologen, Chirurgen, Gynaekologen mit Adrenalin auf Schleimhautgebieten ebenso zufrieden sein. — Nebennierenextract verwandte auch Rosenberg (Berlin) in der rhinolaryngologischen Praxis mit bestem Erfolge, der sich nach zwei Minuten in einer 30—40 Minuten anhaltenden completen Anaemie der betreffenden Organe zeigte,

zugleich mit Herabsetzung der Sensibilität, die wohl auf Rechnung der Anaemie zu setzen ist und durch Combination mit Cocain noch bedeutend verstärkt werden kann. Man kann operative Eingriffe ohne die geringste Blutung vornehmen, auch blassen entzündete Gebiete nach Application des Mittels rasch ab, sodass man dies differentialdiagnostisch auch zur Unterscheidung zwischen hyperaemischer Schwellung und Infiltration verwerthen kann.

(Revue hebdom. de laryngologie etc. 1901 No. 52. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 21.)

- **Adrenalin in der Augenheilkunde** benützte Ferdinands mit grossem Nutzen, und zwar die von Parke, Davis & Co. angefertigte „Adrenalin Chloride Solution“ (in normaler Salzlösung 1:1000). Am normalen Auge bewirkt Einträufelung dieser Lösung leichtes Brennen, nach 5 Minuten wird die Conjunctiva weiss, die Pupille wird nicht erweitert, die Accommodation nicht beeinflusst, die Sensibilität nicht herabgesetzt. Bei entzündetem Auge giebt es durch *Beseitigung der Hyperaemie* in wenigen Augenblicken Linderung, besonders bei *Fremdkörpern* der Cornea und des Lides, wobei es besser als Cocain wirkt. Da das Mittel rasch in die vordere Kammer absorbiert wird, so eignet es sich auch gut zur Behandlung der *Iritis*, wobei es dem Atropin hilft, die Pupille zu erweitern. Der intraoculare Druck wird herabgesetzt. Bei Operationen am äusseren Auge ist das Mittel sehr nützlich, das den Eingriff blutlos macht. Einspritzungen in den verengten Thränengang erleichtern die Einführung von Sonden. Wo, wie bei manchen Cornealgeschwüren, mangelhafte Lebensfähigkeit der Gewebe besteht, ist das Mittel contraindicirt.

(Brit. Med. Journ. 22. III. 1902. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 23.)

- **Adrenalin** (und zwar die  $\frac{1}{10}$  ige Lösung, fertig zu beziehen von Parke, Davis & Co., London) benützte Dr. M. Bukofzer (Königsberg O/Pr.) zu Versuchen an 21 Personen, und er kommt zu folgenden Resultaten:

1 a. Bringt man auf eine gleichmässig geröthete Schleimhaut einen mit Adrenalinlösung getränkten Wattebausch, z. B. auf die Schleimhaut der Nasen-

scheidewand, so wird in wenigen Minuten die Schleimhaut, und zwar nur in derselben Ausdehnung, in welcher die Berührung stattgefunden hat, blass; es erscheinen jedoch fast immer auf ihr, und in starkem Contraste zu ihrer Farbe, Gefässstämmchen und -ästchen, welche vorher nicht sichtbar gewesen, sondern in der diffusen Röthung aufgegangen waren.

b. Träufelt man einen Tropfen einer 6—8 fach verdünnten  $\frac{1}{10}\%$ igen Adrenalinlösung in den Conjunctivalsack einer gerötheten Conjunctiva, so wird dieselbe in 1 Minute blutleer, und auch injicirte Gefässe der Conjunctiva bulbi verschwinden.

Aus dem Versuche a geht hervor, dass Adrenalin bei äusserlicher Anwendung eine Contraction der Capillaren bewirkt, und zwar allein der Capillaren; denn wäre eine nennenswerthe Wirkung auf die Venen vorhanden, so könnten sie nicht beim Ablassen der Schleimhaut in höchst auffallender Weise hervortreten; wäre eine Wirkung auf die Arterien vorhanden, so könnte es wohl kaum verstanden werden, warum das Ablassen der Schleimhaut sich nur genau an die mit dem getränkten Wattebausch in Berührung gekommene Stelle hielte und nicht vielmehr dem ganzen von der Arterie versorgten Bezirke folgte. — Dass in dem Versuche b auch die Venen blutleer werden, hat seinen Grund in anatomischen Verhältnissen, nicht aber in einer activen Contraction derselben. Während nämlich die Venen der anderen Schleimhäute im Falle von Blutleere ihrer oberflächlichen Capillargebiete noch aus der Tiefe her, in welcher das Adrenalin nicht gewirkt hat, capillären Zufluss erhalten können und daher gefüllt erscheinen werden, ist dies bei den Venen der Conjunctiva bulbi, wenigstens im peripheren Theile derselben, nicht der Fall, weil das conjunctivale Gefässgebiet selbständig ist und mit dem episkleralen fast garnicht communicirt.

Aus den Versuchen a und b geht hervor, dass die Capillaren eine active Contractilität besitzen.

Auf welchem Wege die Einwirkung des Adrenalins auf die Capillaren bei äusserlicher Anwendung stattfindet, ob es nur deswegen auf die Venen nicht wirkt, weil es nicht bis zu ihnen in die Tiefe gelangt, ob es bei

dieser Anwendungsform specifisch auf die Capillaren (etwa durch Vermittelung der in den Capillarwänden endigenden Nervenfasern) wirkt, bleibt vorläufig offene Frage.

2. Bei habituell gewordener Hyperaemie der Schleimhaut hat das Adrenalin, äusserlich angewendet, keine nennenswerthe Wirkung. Bei sehr vielen Personen, besonders auffallend bei Anaemischen, ist der Arcus palatoglossus habituell hyperaemisch. Bringt man Adrenalin, selbst in beträchtlicher Quantität, auf einen solchen vorderen Gaumenbogen, so bemerkt man kein Abblassen. Auch in einem Falle von habitueller Hyperaemie der Nasenscheidewand war Adrenalin, äusserlich applicirt, wirkungslos. Ob die Capillaren bei chron. Hyperaemie allmählig ihre active Contractilität einbüssen?

3. Auf die Kehlkopfschleimhaut wirkt eine Adrenalin-einträufelung in der Regel recht kräftig. Die Schleimhaut wird in wenigen Secunden blass, die Stimmlippen werden grauweiss-glasig, ein etwa auf dem Stimmbande sichtbares Gefäss verschwindet nicht. Die Regio arytaenoidea hält nicht gleichen Schritt im Abblassen mit der übrigen Larynxschleimhaut, sodass die nach der Injectionsscala Stoerk's normale Farbendifferenz zwischen ihr und der übrigen Kehlkopfschleimhaut stärker wird.

4. Zur Erzielung von Blutleere bei Operationen eignet sich Adrenalin in äusserlicher Anwendungsform nach der obigen Ausführung insofern, als es capilläre B. verhindert; eine Blutung aus Gefässen kann es nicht hindern. Ob etwa seine Wirkung eine andere ist, wenn man es auf die schon verletzte blutende Schleimhaut bringt, ob es dann etwa auch auf Gefässe contrahirend, somit blutstillend wirkt, müsste erwiesen werden. Zur Stillung capillärer B., die ja recht häufig sein können, eignet es sich jedenfalls vortrefflich.

5. Zur Erweiterung des Lumens der Nasenhöhle ist das Adrenalin bei Untersuchungen sehr empfehlenswerth.

6. Zur momentanen Beseitigung derjenigen Heiserkeit, welche ausschliesslich auf einer Hyperaemie beruht, etwa bei Sängern, leistet Adrenalin vorzügliche Dienste.

Leider ist die Wirkung vorübergehend; sie hielt jedoch in einem Falle mehrere Stunden an.

7. Auch eine geringe anaesthesirende Wirkung ist dem Adrenalin vielleicht beizumessen.

8. Schädliche Nebenwirkungen habe ich nicht wahrgenommen.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 44.)

**Epilepsie.** Die Anwendung des Dormiols bei Epileptikern im Status epilepticus empfiehlt Dr. J. Hoppe (Uchtsprunge). Als ausgezeichnetes Mittel, den oft sehr gefährlichen Status epilepticus möglichst bald zum Stillstand zu bringen, bewährte sich bisher das Amylen (2—3—5 g per rectum) und auch Chloral, bei dem aber grosse Vorsicht geboten ist inbetreff der Kreislaufstörungen, indem bei Menschen mit Fettherz, Herzerweiterung, Atheromatose schon Dosen manchmal tödtlich wirken, bei denen man überhaupt noch kaum an toxische Wirkung dächte. Jeder aber, der Epileptiker, die schon öfters Status überstanden haben, untersucht hat, weiss, wie oft danach Schädigungen des Herzens zurückbleiben. Von Amylenhydrat sind üble Nebenwirkungen auf das Herz nicht bekannt, man wird ihm daher von vornherein den Vorzug geben. Auch Dormiol wird allenthalben als unschädlich bezeichnet, und da es aus Amylen und Chloral besteht, lag es nahe, das Mittel beim Status epilepticus zu versuchen. Das geschah denn auch auf der Kinderabtheilung der Uchtspringer Anstalt bei einer Anzahl von Kindern zwischen 7—17 Jahren, welche beim Anfall 2—3 g des Mittels per rectum applicirt bekamen (von der Lösung 10,0 : 150,0 2—3 Esslöffel in  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  L. lauwarmen Wassers). Das Dormiol wurde in sehr kurzer Zeit resorbirt, machte nie Reizerscheinungen und wirkte in allen 11 Fällen jedesmal prompt, indem die Anfälle nach 15—20 Minuten aufhörten und 8—12ständiger Schlaf eintrat, worauf die Pat. ganz munter waren. Ob sich Dormiol zur dauernden Behandlung der E. eignen würde, erscheint sehr fraglich. Man wird es mit Erfolg nur da anwenden, wo die strenge Indication vorhanden ist, dem erschöpften Organismus auf eine Zeit Ruhe zu verschaffen, d. h. bei gehäuften Anfällen und im Status epilepticus. Man

wird dann aber auch, wenn man diese Indicationsstellung allein berücksichtigt, also in Zeiten, wo kein Bedarf vorliegt, die Pat. nicht an ein Mittel gewöhnt, das nur selten gegeben gute Dienste leistet, in Zeiten der Noth die Genugthuung haben, ein sicheres Hilfsmittel zu besitzen, um den gefährlichen Zustand in kurzer Zeit zu beseitigen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 17.)

**Furunkel.** Die abortive Behandlung der F. und Carbunkel mit Hilfe subcutaner Desinfection hat A. Bidder (Berlin) bereits 1887 nach 11jähriger Erprobung empfohlen. Jetzt, nach weiteren 14 Jahren, also nach 25jähriger Prüfung, welche weiter glänzende Resultate ergab, kommt er nochmals auf seine Methode zurück, um derselben mehr Verbreitung zu verschaffen, und giebt von neuem genauer die *Technik der Carbolwasser-injectionen* an. Man bestimmt zunächst durch sanftes Eindrücken von Daumen und Zeigefinger auf die Cutis die Grenze zwischen dem mehr oder weniger indurirten und dem weichen umgebenden, gesunden Gewebe. Gewöhnlich ist die so gefundene Grenze rund und reicht eine Strecke weit unter die gesunde Haut hin. Jetzt sticht man bei kleinen F. ungefähr in der Mitte des Radius, bei grossen F. resp. Carbunkeln in die harte Randzone etwa 5—10 mm von der Grenze entfernt die Nadel einer mit 2%igem Carbolwasser gefüllten Pravazspritze ein und schiebt sie durch das infiltrirte Gewebe schräg nach innen und der Mitte zu ein, bis die Spitze in weiches Gewebe gelangt ist. Dabei ist bei jungen F., wo noch keine ausgedehnte Vereiterung besteht, der Widerstand des indurirten Gewebes oft sehr bedeutend. Ist die Nadel in der Tiefe angelangt, so drückt man ein wenig auf den Stempel der Spritze und injicirt einige Tropfen der Lösung. Dann zieht man die Nadel heraus, sticht an dem gegenüberliegenden Rande zum zweiten Male ein und injicirt wiederum mit langsamem Druck, und zwar bei nicht sehr kleinen F. den ganzen Rest der Lösung, die dann durch den ersten Stichcanal, oder auch durch schon vorhandene Fistelöffnungen, zum Theil wieder herausfliesst. Ist der F. schon in einem späten Stadium angelangt, so findet man bei bestehenden Fistelöffnungen und

hochgerötheter, durch Vereiterung zeltförmig emporgehobener Haut oft nur eine ziemlich schmale Zone indurirten Grenzgewebes. Dicht am Rande des letzteren sticht man hier, wenn jetzt erst die Injectionsbehandlung beginnen kann, ein und schiebt die leicht eindringende Cantüle mehr in der tangentialen Ebene bis gegen die Mitte des Furunkels vor und spritzt endlich die Lösung ein. Durch den Druck wird ein Theil des Eiters, unter Umständen auch schon der bekannte graugrünliche Pfropf herausgetrieben. Der Rest des Eiters wird meist erst am folgenden Tage mit dem Finger ausgedrückt, wenn er sich bis dahin nicht von selbst entleerte. Bei beginnendem F., wo entweder noch keine Nekrose eingetreten ist oder die schon gebildete noch mit der Umgebung fest zusammenhängt, läuft das durchgespritzte Carbolwasser nur mehr oder weniger getrübt ab. Das Abfließen wird erleichtert durch Benützung dickerer Cantülen (die dünnen der Morphiumspritzen sind hierzu ungeeignet). Die Injectionen werden nur das eine Mal gemacht. Dagegen empfiehlt es sich, selbst bei kleinen, erst beginnenden, vielleicht nur erbsengrossen F. schon zwei Einstiche zu machen, auch wenn im Centrum die Haut bereits durchbrochen erscheint. Auch bei grösseren, etwa 3—4 cm im Durchmesser haltenden F. sind zwei Stiche gewöhnlich ausreichend, und nur bei Carbunkeln werden vier nöthig, wobei durch jeden Stichcanal etwa die Hälfte des Spritzeninhalts injicirt wird. Die Nachbehandlung ist einfach. Antiseptische Reinigung, dann Bedeckung mit einem Pflaster (Beiersdorf's weisses Kautschoukpflaster); bei grossen F. für den ersten Tag noch bisweilen hydropathischer Umschlag, jedenfalls aber an dem der Injection folgenden Tage Verbandwechsel (dann kann der Verband mehrere Tage, ja oft bis zur Heilung liegen bleiben), da nach Entfernung des nekrotischen Pfropfes die Eiterung wunderbar schnell versiegt. Unmittelbar nach der Einspritzung erscheint der vorher so empfindliche F. schmerzlos. Bald aber treten wieder lebhafte Schmerzen ein, die einige Stunden anhalten können, um dann aber dem besten Wohlbefinden zu weichen. Das Fieber ist in der Regel am nächsten Tage verschwunden, rasch geht auch die Induration weg, oft schon nach 24 Stunden ist selbst



ein grosser F. erheblich weicher geworden. Bei älteren F. und Carbunkeln ist am Einspritzungstage oft recht reichliche Secretion vorhanden; doch sie vermindert sich bald und hört auf, wenn das nekrotische Gewebe ausgedrückt resp. mit der Pincette entfernt wird, was sehr bald geschehen kann, indem eben die schnelle Lösung des Nekrotischen dank der Injection sich überraschend schnell vollzieht. Bei Carbunkeln, wo bereits mehrere Fistelöffnungen bestehen, fliessen diese, wenn sie nahe bei einander liegen, meist ohne besondere Nachhülfe durch Zerfall der dünnen trennenden Hautbrücken in eine grössere Öffnung zusammen; sind die letzteren aber entfernt, so fällt die ganze Geschwulst in wenigen Tagen in sich zusammen, und die granulirende Lücke in der Haut übernarbt in kürzester Zeit. Der infectiöse Process wird eben durch die Injection in jedem Stadium fast im Handumdrehen zum Stillstand gebracht, ja im ersten Beginn sogar die Gewebsnekrose verhindert. Wie diese Wirkung zu erklären ist, weiss Autor selbst nicht, doch ist zweifellos die antibakterielle Wirkung der Carbonsäure das maassgebende Moment.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 18/19.)

**Gonorrhoe.** Ueber Abortivbehandlung der G. macht Dr. A. Blaschko (Berlin) schon viele Jahre Versuche, die jetzt soweit gediehen sind, dass er mit einer Methode hervortreten kann, welche mit Aussicht auf Erfolg angewendet werden kann, falls bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Von dieser Abortivbehandlung ausgeschlossen sind sämmtliche Fälle, bei denen die G. schon älter als 3 Tage, bei welchen schon reichliches Secret vorhanden ist, die entzündliche Reizung der Harnröhrenschleimhaut schon merklich hervortritt. Quillt beim Druck aus der Harnröhre dickflüssiger Eiter heraus und ist die Urethral Schleimhaut gegen den aus der Blase tretenden Harnstrahl stärker schmerzempfindlich, so ist von jeder Abortivbehandlung abzurathen. Das eigentliche Object für dieselbe bilden die Fälle, in denen wenige Tage nach dem infectiösen Coitus der Pat. Morgens einen Kitzel oder leichten Schmerz in der Harnröhre empfindet und sofort den Arzt consultirt. Man kann dann aus der Harnröhre etwas serös molkiges oder schleimiges, vielleicht von ein paar Eiterflocken

durchsetztes Secret herauspressen, das mikroskopisch neben reichlichen Eiterzellen noch zahlreiche Epithelien zeigt; die Gonokokken sind noch nicht sehr reichlich und, was besonders charakteristisch ist, sie liegen noch zu einem grossen Theile extracellulär, während vom zweiten Tage ab die Epithelzellen ab-, die Eiterzellen rapide zunehmen und die Gonokokken zum weitaus grössten Theile innerhalb der Eiterzellen gelagert sind. Der Beginn der G. ist bekanntlich in der Regel zwischen dem 4. und 7., am häufigsten am 5. Tage nach stattgehabter Infection; seltener dauert die Incubation kürzere Zeit, häufiger länger: 8—10—14 Tage. Letztere Fälle eignen sich ebenfalls nicht für die Abortivbehandlung; wahrscheinlich besteht der Process doch schon längere Zeit und wurde nur nicht bemerkt. Endlich sind zur Abortivbehandlung ungeeignete Fälle; in denen die G. so rapid vorgeschritten, dass sogleich die hintere Harnröhre mit erkrankt, was sich schon bei der ersten Untersuchung durch Trübung der zweiten Urinportion kundgibt. Es ist also nur ein kleiner Bruchtheil aller Fälle von G. geeignet zur Abortivbehandlung. Letztere besteht nun darin, dass man mittelst einer 10 g enthaltenden Spritze *Protargol* (4%) oder *Albargin* (1—2%) injicirt, 3—5 Minuten in der Harnröhre belässt (die Reste des Medicamentes können bis zur nächsten Harnentleerung nachwirken). Diese Mittel sind meist ganz reizlos. Öfters kommt es ja zu einer Urethritis mit serösem oder blutig-serösem Secret, manchmal aber sind, wenn Morgens die Einspritzung erfolgt war, schon am Abend kein Secret, keine Fäden im Urin. Die Schmerzhaftigkeit beschränkt sich hier auf das erste Harnlassen nach der Injection. Meist freilich bleibt den ganzen Tag über die Harnröhre beim Uriniren noch recht empfindlich, und erst am nächsten Morgen sind die Reizerscheinungen abgeklungen; die Harnröhre ist dann kaum verklebt, der Urin enthält ganz spärliche, meist gonokokkenfreie Fädchen. Am folgenden und am dritten Tage werden nun noch je eine Einspritzung gemacht, und zwar kann man dieselben mit den gleichen Lösungen machen, doch kommt es da öfters zu einer Reaction, und es genügen jetzt vollständig Lösungen in  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  Stärke, also *Protargol* (1%) oder *Albargin* ( $\frac{1}{2}$  %), die man ebenfalls 3 Minuten in der Harnröhre belässt. Eine solche Abortiv-

cur hat etwa in 50 % der Fälle einen vollen Erfolg. Der Verlauf in den misslungenen Fällen ist sehr verschieden. Einmal giebt es Fälle, wo trotz der Application der starken Lösung schon am folgenden Tage reichliches Secret vorhanden ist, oder es sind nur vereinzelte Fädchen im Urin, die aber Gonokokken enthalten. Aber selbst das Fehlen der Gonokokken in den Fäden, ja das Fehlen der Fäden selbst im Urin am zweiten Tage ist keine sichere Gewähr für das Gelingen der Abortivbehandlung. Mag man die Behandlung jetzt abbrechen oder noch an den beiden folgenden Tagen fortsetzen, es giebt Fälle, wo trotzdem nach ein paar Tagen sich plötzlich etwas Secret und schliesslich auch Gonokokken wieder einstellen; ja noch 8 Tage nach scheinbarem Gelingen kann sich die G. wieder zeigen, und wenn man die Cur da auch von neuem wieder beginnt, sie hat auch jetzt keinen Erfolg. Aber eine solche Cur hat auch keinen Schaden angerichtet, die G. verläuft nicht schlimmer, als ohne Abortivcur. Die Ursachen des Misslingens können wir nur vermuthen. Jedenfalls sind die Gonokokken schon zu tief ins Gewebe gedrungen oder sie befinden sich zum Theil schon in den zahlreichen Nebengängen der Harnröhre, den Morgagni'schen Lacunen, den Ausführungsgängen der Littré'schen Drüsen, und werden dort von den Medicamenten nicht getroffen. Zu versuchen ist aber das geschilderte Verfahren, wenn es auch nur in 50 % der Fälle hilft, jedenfalls, sobald die Voraussetzungen für ein mögliches Gelingen da sind. Das Verfahren ist einfach, von jedem Arzt ohne Vorbereitungen ausführbar. Bald wird auch das Publikum wissen, dass es ein solches Verfahren giebt, es wird die Aerzte früher aufsuchen, und die Prophylaxe der G. wird dadurch entschieden gewinnen.

(Berliner med. Gesellschaft 24. IV. 1902 —  
Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 19).

- Ein Freund vom **Protargol** ist Prof. Dr. v. Zeissl (Wien). Zur Prophylaxe der G. ist es das brauchbarste Mittel. Als besonders geeignet für diesen Zweck wird der von Prof. Marschalko angegebene Apparat „Phallokos“ bezeichnet.\*) Auch zur Behandlung der acuten G.

\*) Firma Wallach Nachf. in Kassel.

kann Autor ausser dem *Albargin* noch das Protargol besonders empfehlen. Zur Bekämpfung schmerzhafter Erectionen bedient sich Autor des *Trionals*. „Auf Verabreichung von 1—1½ g Trional in warmer Milch sah ich in vielen Fällen guten Schlaf eintreten, und fielen auf die Application dieses Mittels die lästigen Erectionen aus. Man reicht das Trional zwei Abende hintereinander, dann nur jeden zweiten Tag durch eine Woche, sodass man mit 4—5 Trionaldosen, die man auf neun Tage vertheilt, über die ersten lästigen Tage des acuten Trippers hinwegkommt. Oft genügte mir eine dreimalige Anwendung des Trionals zu bezeichnetem Zweck.

(Wiener Klinik, Januar 1902.)

— Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe von Dr. R. Savor (Fortsetzung). Die *G. der Vulva* ist bei Erwachsenen fast stets eine secundäre, veranlasst durch das darüberfliessende Secret aus der Urethra, den Bartholini'schen Drüsen, der Cervix etc. Diese Infectionsherde sind also zunächst zu behandeln, gleichzeitig aber das Secret aus der Vulva durch Bäder und Waschungen fortzuschaffen. Im acuten Stadium mit prallem Oedem der Labien ist antiphlogistisch vorzugehen: kalte Umschläge mit essigsaurer Thonerde, zur Hälfte mit Wasser verdünnt (kein Eis!). Im chron. Stadium ist häufig der *Juckreiz* zu bekämpfen. Vor allem Bekämpfung der primären Ursache. Locale Epitheldefecte und flache Geschwüre, die den Juckreiz unterhalten, sind mit Lapislösung (1—5 %) zu behandeln, wobei gegenüberliegende wundte Hautstellen, wie z. B. an den Labien, durch dazwischengelegte Läppchen mit Borsalbe getrennt gehalten werden. Symptomatisch gegen den Juckreiz: Menthol- oder Mentholcocainsalbe (theuer!):

Rp. Menthol. 1,0—3,0	Rp. Menthol. 3,0
Vaselin.	Cocain. mur. 1,0—2,0
Lanolin. aa 15,0	Vaselin.
	Lanolin. aa 15,0

Ferner Ung. diachylon, auf halbfingerbreite Leinwandstreifen messerrückendick aufgestrichen und damit die ganze Vulva dachziegelförmig gedeckt; darüber sehr knapp anschliessendes Unterbeinkleid (Schwimmhose); alle 24 Stunden Erneuerung, Entfernung der

Salbenreste mit in Oel getauchten Wattebäuschchen. In hartnäckigen Fällen Betupfen der juckenden Stellen mit Acet. pyrolignos. fusc. crud., 3%iger Carbolsäure auch in Form des Carbollinimentes (mit Ol. lini), Jodtinctur, Sublimatalkohol (1%), Lapislösung (1—10%). Die *gonorrhoeische Vulvitis bei kleinen Mädchen* ist meist eine primäre und fast immer mit Vaginitis combinirt, da sowohl Vulva als Vagina mit ihrer zarten Schleimhaut die Invasion des Gonococcus gestatten, während sie bei dem mächtigen Epithellager und der starken Verhornung bei Erwachsenen nur unter besonderen Umständen zu Stande kommt. Heilung recht schwierig. Am besten noch Waschungen der Vulva und Ausspülungen der Scheide mit Sublimat ( $\frac{1}{2}$ %) oder Protargol ( $\frac{1}{4}$ %), ausgeführt mit einem dünnen Glasrohr (Glaskatheter), das durch ein dünnes Drainrohr mit dem Mastdarmansatz des Irrigators oder mit der Spritze verbunden wird. Nach der Ausspülung (stets vom Arzte zu machen!) legt man ein dünnes Tannin (5%) oder Jodoform (10%)-Stäbchen ein. Beim Nachlassen der profusen Eiterung geht man zu Lösungen von  $\frac{1}{4}$ —1% Arg. nitr., 1% Argentamin, 1—5% Protargol über, welch letzteres wegen der geringen Schmerzen, die es macht, am meisten zu empfehlen ist. Die *G. der Bartholini'schen Drüse* ist eine der häufigsten Localisationen der primären Infection. Im ganz frischen Stadium rein antiphlogistische Behandlung, daneben Fortschaffung des infectiösen Secrets; dadurch gelingt es, eine recht beträchtliche Zahl solcher Fälle zur Heilung zu bringen. Bleibt diese aus, und kommt es nicht zur Abscessbildung, so resultirt die chron. Bartholinitis mit geringer, aber gonokokkenhaltiger Secretion und ohne die geringste Tendenz zur Heilung. Für solche Fälle empfiehlt sich Injection von 1—2 ccm 10% Argent.-Lösung. Man verwendet dazu eine gewöhnliche Pravazspritze mit stumpfer Canüle, fasst die Drüse zwischen Daumen und Zeigefinger, führt die Canüle vorsichtig sondirend möglichst tief in den Ausführungsgang ein und entleert dann langsam den Inhalt der Spritze. Gelingt es nicht, in den Ausführungsgang einzudringen, so stösst man eine scharfe Canüle direct in die Drüse ein. Es entsteht eine lebhafte, aber nicht schmerzhaft reactive Entzündung. Aus dem

Ausführungsgänge oder Stichcanale entleert sich acht bis zehn Tage lang reichlich bräunliches Secret, dann schliesst sich die Wunde rasch und vernarbt; mitunter stösst sich die Drüse in toto ab, aber die Höhle schliesst sich rasch. Fast nie sind die Schmerzen so arg, dass Bettruhe nöthig wird. Entwickelt sich ein Abscess, so ist zu unterscheiden, ob es sich um Retention des Eiters im Ausführungsgange handelt, oder ob (seltener) der Abscess im Parenchym selbst sitzt. Im ersteren Falle (Pseudoabscess) empfiehlt sich die Injection mit Arg. nitr. (s. oben) oder breite Spaltung mit Tampnade. Letzteres Verfahren mag man auch bei den echten Abscessen der Drüse anwenden, doch bleibt meist eine secernirende Fistel zurück, in deren Tiefe inficirtes Drüsengewebe zurückgeblieben ist und die Eiterung unterhält. Daher vorzuziehen Exstirpation der ganzen Drüse (unter Schleich). Nach spontan durchgebrochenen Abscessen bleibt gewöhnlich eine eiternde Höhle zurück, die sehr wenig Neigung zur Heilung besitzt. Auch hier Exstirpation der ganzen Drüse nöthig, doch macht dieselbe hier grössere Schwierigkeiten, sodass es einfacher erscheint, die Drüsenreste mit dem Glüheisen ausgiebig zu zerstören (unter Schleich). Die Pseudoabscesse bestehen mitunter, sich selbst überlassen, ohne Durchbruch jahrelang, indem sich ihr Inhalt allmähig in eine glasige Flüssigkeit umwandelt (Bartholini'sche Cyste); sie belästigt nur durch die Deformation des äusseren Genitales und ist durch Exstirpation zu entfernen. Kleinere und spärlichere *Condylomata acuminata* verschwinden bei Reinhaltung der Vulva, sowie Behandlung der Infectionsherde mitunter spontan. Ist dies nicht der Fall, oder sind sie zahlreicher, so trägt man sie mit der Hohlscheere ab und stillt die Blutung, falls sie erheblicher sein sollte, mit dem spitzen Lapisstift; fasst man sie einzeln, so kann man oft, ohne besondere Schmerzen zu erregen, ganze Rasen abtragen. Ausgedehnte Massen dichtgedrängt stehender Condylome erfordern gelegentlich Exstirpation und Plastik. Das Bestreuen mit Pulvern ist ein langwieriges und schmerzhaftes Verfahren, aber bei messerscheuen Individuen oft nicht zu umgehen. Man verwendet Borsäure und Tannin aa, Calomel (10—25 g : 100 g Amylum) oder:

32\*

Rp. Pulv. frond. Sabin. 5,0  
 Ferr. sulf.  
 Alumin. ust. aa 10,0

(Die Heilkunde 1902 No. 3.)

(Fortsetzung folgt.)

**Haemorrhoiden.** Einen Fall bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben sah Bjeloussow. Vater des Pat., 34 Jahre alt, leidet seit seinem 17. Lebensjahre an heftigen, von Zeit zu Zeit auftretenden Haemorrhoidalblutungen, Mutter an häufiger Epistaxis. Pat. erkrankte vor vier Monaten an Blutungen aus dem Anus, die sich jetzt nach je 1 $\frac{1}{2}$  Monaten zum zweiten Male wiederholen. Am After an der Hautgrenze ein erbsengrosser, dunkelblauer, schmerzhafter Knoten, 2 $\frac{1}{2}$  cm höher in der Rectalschleimhaut drei ähnliche Knoten.

(Djetskaja Medicina 1901 No. 6. —

Revue der Russ. med. Zeitschriften 1902 No. 4.)

- Auf eine Methode zur radicalen Beseitigung von Haemorrhoidalknoten möchte Dr. Thiele (Hooksiel) aufmerksam machen, welche wegen ihrer Einfachheit und relativ geringer Schmerzhaftigkeit sich besonders für den prakt. Arzt eignet, und die sich dem Autor im Laufe der letzten Jahre in einer Reihe von Fällen gut bewährt hat. Die von Tillmanns empfohlene Methode besteht in der *Injection von Carbolsäure*. Man giebt zunächst ein Reinigungsklystier, fordert dann den Pat. auf, die Knoten herauszupressen, wäscht die Analgegend mit Seife und Aether und spült mit einer schwach desinficirenden Lösung nach. Darauf aspirirt man mit einer Pravazspritze eine Lösung von Acid. carbolic. 1,0 : Glycerin. 2,0 und injicirt in kleinere Knoten einen, in grössere 2—3 Theilstriche. Vor dem Einstechen der Canüle ist darauf zu achten, dass an derselben nichts von dem Spritzeninhalte herunterläuft, ferner ziehe man die Nadel langsam aus dem Knoten heraus, um möglichst eine Anätzung der Mastdarmschleimhaut durch etwa wieder herausfliessende Carbolsäure zu vermeiden. Man kann in einer Sitzung mehrere Knoten mit der Injection behandeln und in grössere Knoten an 2 Stellen injiciren. Anaesthesie ist nicht nöthig; zuweilen allerdings nachher Schmerzen, aber leicht durch

Cocainsuppositorien bekämpfbar. Nachbehandlung: Bett-ruhe 2—3 Tage, flüssige Kost während dieser Zeit, kleine Opiumgaben; am 4. Tage event. Klystier. Autor hat nach 1 maliger Einspritzung Knoten von Haselnussgrösse in 2—3 Wochen dauernd verschwinden sehen. Bei grösseren Knoten event. Wiederholung der Injection nach 2—3 Wochen nöthig, wobei sich recht grosse Knoten beseitigen lassen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 22.)

**Hysterie.** Einen casuistischen Beitrag zur H. der Kinder liefert Privatdoc. Dr. Leick (Witten). Eine Frau brachte ihren 9jährigen Jungen, weil er „seit wenigen Tagen nicht mehr schreiben könne“. Der zwar stets etwas zarte, sonst aber im Allgemeinen gesunde Knabe erkrankte vor 6 Tagen plötzlich mit Erbrechen und starkem Mattigkeitsgefühl, angeblich nachdem er gezwungen worden war, eine ihm nicht zusagende Suppe zu essen. Am nächsten Tage war er unfähig, zu stehen und zu gehen. Ohne ärztliche Hülfe ging diese „Lähmung“ im Laufe eines Tages zurück. Pat. ging wieder in die Schule, doch zeigte sich jetzt eine *eigenthümliche Schreibstörung*, die von Tag zu Tag schlimmer wurde. Das Schreibheft zeigte allerdings eine ganz auffällige Veränderung der Schrift; während diese bis zur Erkrankung eine recht gute war, bildeten die nachherigen Schriftproben ein unleserliches Gekritzel mit Klecksen, da die Finger bisweilen die Feder hatten fallen lassen; man konnte an der Hand des Schreibheftes eine von Tag zu Tag fortschreitende Verschlechterung der Schrift constatiren. Autor dachte zuerst an Chorea, doch zeigte der etwas blasse Junge keine Zuckungen, überhaupt nichts Krankhaftes. In Hinsicht auf jene so schnell vorübergegangene „Lähmung“ diagnosticirte Autor nunmehr H. und beschloss, sofort die Situation aufzuklären. Pat. wurde zunächst ermahnt, einen Satz recht schön niederzuschreiben: es kam ein schlechtes Gekritzel heraus, und während des Schreibens zuckte die Hand hin und her, die Feder entfiel ihr einmal. Jetzt erklärte Autor, er würde ein Mittel anwenden, das zwar weh thue, aber sicher helfe. Mit mässig starkem Strome faradisirte er ca. zwei Minuten die Hand. Als jetzt Pat. den Satz von neuem aufschrieb, that er dies mit



tadelloser Schrift; er war geheilt nach nochmaliger zwei Minuten langer Faradisierung, nach welcher er ganz ebenso schrieb, wie vor der Erkrankung. Die Heilung hatte Bestand. Um Simulation handelte es sich hier sicher nicht; dieselbe hätte keinen Zweck gehabt, da ja Pat. die Schule weiter besuchen musste, auch sprach die täglich schlechter werdende Schrift dagegen, und endlich zeigte Pat. eine ganz offenkundige Freude über den raschen Erfolg der Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 20.)

### **Impotenz. Subcutane Injectionen von Yohimbin (Spiegel)**

empfiehlt Prof. Eulenburg (Berlin). Derselbe hat seit beinahe zwei Jahren das Präparat besonders in zahlreichen Fällen neurasthenischer I. angewendet und ist von den erzielten Erfolgen im Allgemeinen durchaus befriedigt. In schwereren Fällen, in denen die Wirkung auch nach längerem innerem Fortgebrauch des Mittels versagte, ist er neuerdings zur subcutanen Injection des Mittels übergegangen und sah damit wenigstens in allen nachhaltig behandelten Fällen neurasthenischer I. (im Ganzen bisher 12) positive Erfolge. Er benützt dazu eine 2 $\frac{0}{10}$ ige, also durch Auflösen in 50 Theilen Wasser hergestellte Lösung, die nur in kleinen Mengen und in dunklem Glase verordnet werden soll, also:

Rp. Yohimbin. (Spiegel) 0,2  
Solve in  
Aq. dest. sterilis. 10,0  
D. ad vitr. fusc.

Autor beginnt mit der Injection von  $\frac{1}{2}$  Grammspritze (= 0,01 Yohimbin) dieser Lösung, gewöhnlich an der Innenfläche der Oberschenkel, und steigt bei ausbleibender oder ungenügender Wirkung rasch bis zu 1 g. Injectionen anfangs täglich, nach eingetretener Wirkung nur 2—3 täglich, nach 20 maliger Application für längere Zeit auszusetzen. Nie üble Nebenerscheinungen; 3 mal flüchtiges Frostgefühl oder Schweiss bald nach den ersten Injectionen und später nicht mehr, 1 mal Frost, Schweiss und „ölicher“ Geschmack auch nach jeder späteren Injection. Nach seinen bisherigen Erfahrungen möchte Autor annehmen, dass wenigstens bei der neurasthenischen I. durch Yohimbin jede andere

medicamentöse Therapie überflüssig gemacht wird, und dass die subcutane Anwendung des Mittels vor der internen den Vorzug grösserer Sicherheit und Verlässlichkeit der Wirkung entschieden voraus hat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No 22.)

### **Morbus Basedowii.** Die **Antithyreoidinbehandlung**

bei M. ist von Möbius eingeführt. Die Annahme, dass durch den normalen Schilddrüsenensaft ein im Körper entstehender giftiger Stoff neutralisirt werde, und dass bei M. eine durch Ueberproduction des normalen Schilddrüsensecrets verursachte Intoxication vorliege, hatte Ballet und Enriquez veranlasst, Basedowkranken das Serum von Hunden, denen die Schilddrüse exstirpiert war, einzuspritzen. Von ähnlichen Gesichtspunkten geleitet, verwandte Burghardt Myxoedemblut und Lanz liess Milch schilddrüsenloser Ziegen trinken. Zuletzt empfahl Möbius von Merck nach seinen Angaben dargestelltes *Serum von schilddrüsenlosen Hammeln*, Antithyreoidin. Letzteres hat jetzt Dr. Schultes (Heilanstalt Illenau) in einem Falle versucht. Eine 49jähr. Frau bekam vor 4 Jahren Herzklopfen, bald darauf dazu Exophthalmus und Struma. Alles dies nahm seit  $\frac{1}{4}$  Jahr rapid zu, es gesellten sich starkes Zittern der Hände, seit kurzem auch psychische Veränderungen hinzu, und am 12. XII. 1901 brach plötzlich eine heftige acute Psychose hervor, welche die Unterbringung der Pat. in die Anstalt nöthig machte. Die sehr verwirrte Pat. war sehr unruhig, hatte Hallucinationen, stark ausgeprägten, planlosen Bewegungsdrang, traumhaft getrübtetes Bewusstsein, völlige Verworrenheit und Zusammenhanglosigkeit der Gedanken, rasch wechselnde Stimmungen u. s. w. Am 21. XII. Beginn der Serumbehandlung; am 1. Tage 3 mal 0,5, dann jeden Tag um  $3 \times 0,5$  steigend bis 3 mal 4,5 pro Tag, erst in Xeres, später in Himbeersaft. Bereits nach 8 Tagen auffallende Beruhigung, Sinken der Pulsfrequenz. Am 15. Tage der Serumdarreichung Bewusstsein klarer, am 24. Tage (33 Tage nach Ausbruch der Psychose) Bewusstsein ungetrübt, heitere Stimmung, keine subjectiven Beschwerden mehr, kein Herzklopfen, Puls wieder gesunken, auch Halsumfang geringer; 6 Tage später abermals Rückgang des Pulses, des Halsumfanges, Struma

ganz weich geworden. Tremor verschwunden. Als Serum fortgelassen wird, steigen Puls und Halsumfang wieder an. Nochmalige Darreichung desselben ( $3 \times$  tägl. 2 g); Pulsfrequenz und Halsumfang sinken darauf wieder, und nach einer Woche wird Pat. geheilt entlassen. Ein endgültiges Urtheil über das Mittel auf Grund dieses Erfolges allein abzugeben, geht natürlich nicht an. Jedenfalls war sehr auffällig die fast plötzliche Heilung der Psychose, die nach dem ganzen Krankheitsbilde als eine acute Verrücktheit nach dem klinischen Typus acuter Infectiouskrankheiten aufzufassen ist. Wenn ein Fall von so schwerer Verwirrtheit, die doch sonst Monate zu dauern pflegt, in etwa 4 Wochen gleichzeitig mit der Besserung des Allgemeinzustandes in völlige Genesung übergeht, so ist der Schluss wohl berechtigt, dass hier die verursachende Schädlichkeit durch das Serum rasch eliminirt wurde. Hand in Hand damit ging die Verminderung der Consistenz und des Umfanges der Struma, die Besserung des Pulses, das Verschwinden des Tremors; nur der Exophthalmus blieb unbeeinflusst. Wir besitzen wohl also doch in dem Antithyreoidin ein Mittel, das, wenn auch nicht die ganze, so doch einen grossen Theil der deletären Wirkung des Basedow'schen Stoffwechselgiftes zu paralysiren im Stande ist, und das weitere Nachprüfung verdient. Leider ist der Preis noch ein sehr hoher.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 20.)

- Zur **Serumbehandlung** des M. theilt Dr. W. Göbel (Bielefeld) mit, dass er, ohne die Lanz'schen Arbeiten zu kennen, gleichfalls die *Milch einer der Schilddrüse beraubten Ziege* zur Heilung angewandt habe, allerdings von einer anderen Theorie ausgehend, als Lanz, nämlich von folgender: Wenn M. auf einer Hyperfunction der Schilddrüse beruht und die hierdurch im Ueberfluss producirt organische Verbindung, das Thyrojodin, die Störungen hervorruft, so muss man zu verhindern suchen, dass das Thyrojodin im Basedow'schen kranken Körper entsteht oder angereichert wird. Wahrscheinlich bildet sich die organische Jodverbindung aus dem zugeführten Jod der Nahrung. Wenn ferner die Schilddrüse normal das einzige Organ ist, welches diese Jodverbindung producirt oder Jod annimmt, so muss

in der Milch von Thieren, denen die Schilddrüse extirpirt ist, kein organisch gebundenes Jod enthalten sein; giebt man also diese Milch Basedowkranken, so erhalten sie zu wenig Jod, um die organische Jodverbindung noch im Ueberschuss produciren zu können. Autor erzielte in einem Falle mit solcher Milch auch einen schönen Erfolg; er will auf denselben nicht allzusehr Gewicht legen, ist aber überzeugt, dass dieser Weg ein rationeller ist, und dass man, wenn weitere Erfolge zeigen, dass dies wirklich der Fall ist, dem Pat. dadurch viele Kosten ersparen kann.

(Ibidem.)

- **Acute aufsteigende Lähmung bei M.** beobachtete M. Rosenfeld (Psychiatr. Klinik zu Strassburg). Paresen und Paralysen bei M. sind ja schon mehrfach beschrieben worden, ein derartiger Fall aber, bei welchem das schwere kachektische Stadium des M. durch eine nach Art der Landry'schen acuten aufsteigenden Paralyse verlaufende Lähmung eingeleitet wurde, noch nicht. Bei dem 19jährigen sehr kräftigen jungen Manne bestanden seit einem Jahre sichere Symptome eines M., durch die er aber in Ausübung seiner körperlich und geistig anstrengenden Berufsthätigkeit absolut nicht beeinträchtigt wurde. Nach einem kurzen dreitägigen Vorstadium, während dessen er über Schmerzen im Kreuz, Schwäche in den Beinen klagte, trat unter sicheren Collapserscheinungen zuerst eine Lähmung des r. Beines mit vollständigem Verlust des Sehnenphaenomens ein. Diese Lähmung ergriff nach einigen Stunden auch das l. Bein, dann die Rumpfmusculatur und schliesslich die Arm- und Halsmuskeln. Die Bauchpresse war ebenfalls ausser Function. Das Zwerchfell functionirte. Störungen in den Kernen der Medulla oblongata fehlten vollständig. Sensibilität normal. Die Lähmung war im Sitzen wie im Liegen eine vollständige. Auch die automatisch und affectiv zu Stande kommenden Bewegungen aufgehoben. Dieser Zustand dauerte 20 Stunden, worauf die Bewegungsfähigkeit langsam mit Hinterlassung von erheblicher Muskelschwäche zurückkehrte. Keine Stigmata hysterica. Dieser Zustand wiederholte sich in Abständen von einigen Tagen noch zweimal, ohne jedoch so schwer

zu werden, wie das erste Mal. Nach dieser Zeit kam nun sofort das Symptomenbild des M. zum Ausbruch: Tachycardie, acuter Exophthalmus, acute Vergrößerung der Struma, Abmagerung, Schweissausbrüche und Delirien. Gleichviel wie man sich dieses Krankheitsbild nun deuten will, soviel erscheint sicher, dass es nicht als hysterisch aufgefasst werden darf. Dagegen sprach die Entwicklung des ganzen Zustandes, die Prodromalien, der schwere Collaps im Beginn der Lähmung, die allmählig einsetzende Paralyse, gegen die der Pat. zunächst noch mit seinem Willen anzukämpfen suchte, das Erlöschen der Kniephaenomene am r. Bein, an welchem auch nach Schwinden der Symptome eine leichte Parese mit Reflexanomalieen zurückblieb. Nicht nur die bewusst-willkürlichen Bewegungen waren aufgehoben. Es fehlten auch die automatisch, affectiv zu Stande kommenden Bewegungen. Die Lähmung war absolut schlaff. Bei passiven Bewegungen, die mit den Armen ausgeführt wurden, war auch nicht andeutungsweise eine leichte Contraction zu bemerken. Irgendwelche Abwehrbewegungen bei schmerzhaften Eingriffen (Nadelstichen) waren dem Pat. nicht möglich. Auch um andere psychische Störungen, wie sie bei M. bekannt sind, konnte es sich nicht handeln. Pat. lag bei völlig klarem Bewusstsein im Bett; er beobachtete selbst seinen Zustand mit nicht geringer Angst, als die Functionsunfähigkeit seiner Muskeln zunahm. Auch dies sprach gegen Hysterie. Ferner bestanden beim Einsetzen der Lähmung und auch später Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Im weiteren Verlauf fand sich dann noch eine Ueberempfindlichkeit desjenigen Beines, das zuerst und am schwersten von der Lähmung betroffen war und an welchem der Patellarreflex fehlte. Also genug Momente, welche Hysterie ausschliessen. Am nächsten liegt, hier eine acute Intoxication anzunehmen, wofür der acute Beginn, der schwere Collaps, der rasche Verlauf sprachen, endlich auch der Umstand, dass dadurch das schwere kachektische Stadium der Krankheit sich einleitete. Da eine andere Intoxication nicht im Spiel war, liegt es nahe, die Schädlichkeit mit dem später florid werdenden M. in Verbindung zu bringen. Griff nun diese Noxe die Muskeln, die peripheren Nerven oder die Medulla

spinalis an? Auffallend war und sprach gegen eine Spinalaffection, dass die Lähmung, die doch zunächst einen ausgesprochen aufsteigenden Charakter hatte, an den Kernen der Medulla oblongata Halt machte. Es wurde auf diesen Punkt besonders geachtet, da die Symptome zunächst so den Landry'schen glichen, dass Exitus letalis befürchtet wurde. Die peripheren Nerven zeigten geringe Druckempfindlichkeit. An den Muskeln konnte ausser dem völligen Functionsausfall und der restirenden Schwäche nichts Besonderes constatirt werden, im späteren Verlauf beträchtlicher Muskelschwund. Diese Beobachtungen sind zu dürftig, um weitere Schlüsse zu gestatten, doch fasst Lemke das Gift der Schilddrüse als Muskelgift auf, und Achanazy fand bei M. anatomische Veränderungen der Muskeln (interstitielle Lipomatose, fettige Metamorphose, Atrophie etc.), was hier vielleicht von Belang ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 23.)

**Obstipatio.** Ueber **Purgen**, ein neues Abführmittel, lassen sich Privatdoc. Dr. Z. v. Vámosy und Dr. E. Unterberg (Budapest) aus. Ersterer entdeckte zuerst an sich selbst zufällig die abführende Wirkung des *Phenolphtaleins* und untersuchte dieselbe dann weiter. Phenolphtalein, ein gelbes, in Wasser unlösliches, geschmackloses Pulver, war bei Verfütterung an Thiere wirkungslos, dagegen reichten beim Menschen Dosen von 0,1—0,2 hin, um 1—2 wässrige Stuhlentleerungen zu erzielen, und Dosen von 0,05—0,1 vor dem Schlafengehen genommen, bewirkten am folgenden Vormittag eine leichte Stuhlentleerung. Es wird allem Anschein nach im alkalischen menschlichen Dünndarme das Phenolphtalein in das Natronsalz übergeführt, dem ein sehr geringes Diffusionsvermögen zukommt, was Entwicklung eines hohen osmotischen Druckes und Ansammlung reichlicher Flüssigkeitsmengen im Darne zur Folge hat. Im thierischen Darne bleibt die Umsetzung des an sich unlöslichen und indifferenten Phenolphtaleins in das lösliche, wirksame Natronsalz aus. Beim Menschen wird ein geringer Procentsatz des eingeführten Präparates resorbirt, ein kleiner Theil wird unverändert im Urin ausgeschieden, der grösste Theil geht aber unverändert im Kothe wieder ab. In dem Phenolphtalein haben

wir also ein hervorragendes, schon in geringen Dosen wirksames Laxans vor uns, das sich wegen seiner völligen Unschädlichkeit und Geschmacklosigkeit vornehmlich in der Kinderpraxis gut einführen dürfte. Es werden gezuckerte Pastillen à 0,05 und 0,1 („*Baby-Purgen*“ und „*Purgen für Erwachsene*“ hergestellt, neuerdings, da sich herausstellte, dass bei liegenden Pat. erst grössere Dosen wirksam sind, auch solche zu 0,5 (*Purgen für liegende Kranke*“). Das Baby-Purgen ist bei Kindern und sonst gesunden Personen, die nur an tragem Stuhlgang leiden, in Dosen von 1—3 Stück angezeigt; auch Säuglinge können  $\frac{1}{2}$ —1 Stück nehmen. 1—3 Stück von Purgen leisten bei Erwachsenen sehr gute Dienste. Bei habitueller O. muss Abends und Morgens je eine Pastille genommen werden. Liegende Pat. brauchen zu einer gründlichen Entleerung 1 bis 2 Stück à 0,5 (zerkaut zu nehmen). Vergiftungen mit Purgen sind nicht gut möglich, und es haben schon 4—5jähr. Kinder in unbewachten Augenblicken 25 Stück der Baby-Pastillen auf einmal genommen, ohne Schaden zu erleiden. Unterberg hat das Mittel, die rosagefärbten Tabletten à 0,05 und die gelblichen à 0,1 bei 120 Pat. (I. med. Klinik) angewandt, und zwar in Dosen von 5—100 cg. Die Wirkung kleiner Dosen stellte sich gewöhnlich 4—6 Stunden später ein und dauerte 8—12 Stunden; kurze Zeit vor dem Schlafengehen genommen, wirkte das Mittel erst am nächsten Morgen. Grössere Dosen wirkten oft schon 2—3 Stunden und die Wirkung hielt oft 24 Stunden an. Eine Abschwächung der Wirkung zeigte sich auch bei 1 bis 2 monatlicher Ordination nicht. 5 cg verursachten in  $\frac{2}{3}$  der Fälle täglich 1—2 breiige Entleerungen, 10 bis 15 cg meist 2—3 dünnflüssige, grössere Dosen als 20 cg hatten intensive Wirkung. Zur Sicherung oder Erleichterung des gewöhnlichen Stuhlganges genügt also eine Tablette à 0,1, bei stärkerer O., wo wir den ganzen Intestinaltract entleeren wollen, sind aber 2 bis 3 Stück erforderlich. Autor schliesst:

1. Das Purgen ist ein mildes, angenehmschmeckendes, genügend sicher wirkendes Mittel, welches in seiner Wirkungsweise den Sulfaten ähnelt und auf den Organismus keine unangenehmen oder schädlichen Nebenwirkungen ausübt.

2. Indicirt ist es in den meisten Fällen, wo man ein schnell und mild wirkendes Abführmittel benöthigt, oder wo wir voraussichtlich längere Zeit hindurch ein derartiges Medicament verabreichen müssen, ferner wo andere Abführmittel, hauptsächlich bei reizbaren Individuen, Nausea oder Brechen etc. verursachen, und endlich in einzelnen Fällen, wo wir die Darmperistaltik möglichst schonen müssen und die Darmentleerung doch wünschenswerth ist.

3. Dagegen ist die Wirkung oft zweifelhaft bei Individuen mit enteroptotischer, träger, paretischer Darmmusculatur, bei Kranken, die mit starken Abführmitteln Missbrauch getrieben haben und endlich bei solchen, die Morphium oder Opium gebrauchen.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1902.)

— **Purgen** wandte auch Dr. J. Wenhardt (Budapest, II. medic. Univers.-Klinik) bei fast 100 Pat. an. Apotheker Dr. Bayer fertigt sehr hübsche, nach Vanille riechende, angenehm schmeckende Tabletten an mit Phenolphthalein 0,05 (Baby-Purgen), 0,1 (Purgen mitior), 0,5 (Purgen fortior). Autor hat nie eine unangenehme Nebenwirkung des Mittels beobachtet. Ein 2 $\frac{1}{2}$ jähr. Kind nahm in einem unbewachten Augenblick 14 Tabletten à 0,05 (also etwa 0,7 Phenolphthalein) auf einmal ohne Schaden! Die wirksame Dosis wechselt zwischen 0,05 und 2 g. Es kommen da verschiedene Factoren in Betracht, die mitsprechen: Individualität, Zustand des Magens und Darms, das Grundübel, anderweitige Erkrankungen, Körperbewegung, Speisen und Getränke und die übrigen die Darmentleerung beeinflussenden Momente in ihrer Gesammtheit beeinflussen derartig die Defäcation, dass es nicht nur bei den verschiedenen Individuen, sondern auch bei demselben das eine Mal einer grösseren, das andere Mal einer kleineren Dosis bedarf. Auch kommt es bei Bestimmung der Einzeldosis noch auf zwei Punkte an: auf die Grösse der beabsichtigten Darmentleerung und auf die zu gleicher Zeit gebrauchten anderen Arzneien. Es bedarf einer kleineren Dosis, wenn man täglich 1—2 normale Stühle hervorrufen will, dagegen muss eine grössere behufs Evacuierung des ganzen Darmes gegeben werden, ebenso wenn z. B.



Morphium gegeben worden ist. Bei Herumgehenden mit geringer O. genügt 0,1 zur Veranlassung von ein bis zwei Stühlen, bei manchen sogar 0,05, bei wieder Anderen erst 0,15—0,2. Bei liegenden Pat. bedarf es 0,2—0,6, mehr fast nur bei mit schweren Nervenaffectionen behafteten, Morphium nehmenden Pat. Der zeitliche Eintritt der Wirkung hängt natürlich auch von der Grösse der Dosis ab. Die Wirkung der einen, höchstens zwei Stühle veranlassenden Dosis tritt zumeist nach 2—5 Stunden ein, ausnahmsweise früher oder später. Die ganz kleinen, übrigens meist nur zur Sicherung oder Erleichterung eines normalen Stuhles dienenden Dosen (0,05) entfalten, am Abend eingenommen, oft erst am Morgen ihre Wirkung. Die Wirkung grosser Dosen (1—2 g) hält auch 24—38 Stunden an, gewöhnlich 2—4, seltener mehr Entleerungen hervorrufend. Meist erfolgt die Defäcation ohne Anstrengung und Schmerz, mühelos. Alles in allem muss Purgen den besten Abführmitteln zugezählt werden.

(Die Heilkunde 1902 No. 5).

**Rheumatismen.** Ueber Puerperal-Rheumatismus lässt sich Doc. Dr. G. Singer (Wien) aus. Unter „Rhumatisme s. Pseudorhumatisme puerpéral“, „Rhumatisme de la grossesse“ verstehen französische Autoren mit dem gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus scheinbar identische oder zumindest sehr übereinstimmende Erkrankungen, welche sich an das Puerperium resp. an Aborte anschliessen, bisweilen auch während der Schwangerschaft sich entwickeln und mit dem Tripper-rheumatismus klinisch grosse Ähnlichkeit haben (meist monarticular, Tendenz zur Ankylosirung), ja, wie neuere Untersuchungen, welche den Nachweis von Gonokokken erbrachten, direct zeigten, geradezu identisch mit der Arthritis gonorrhoeica sein können. Diese Affectionen sind wichtig, weil sie der Ausgangspunkt von dauernden Erkrankungen des Herzens werden können. Auch Singer wurde bei der Untersuchung von Erkrankungen am Endocard und anamnesticen Erhebungen bei verschiedenen Pat. mit Herzfehlern, die er in den letzten Jahren beobachtete, darauf aufmerksam, dass das Einsetzen der primären Endocarditis resp. der mit ihr vergesellschafteten Gelenkerkrankung auf das Puerperium

zurückzuführen war, dessen abnormer Verlauf durch initiale Temperatursteigerung gekennzeichnet war. Erst kürzlich beobachtete er folgenden interessanten Fall: Bei einer sonst gesunden Frau, bei welcher auch in wiederholten früheren Untersuchungen das Bestehen einer gonorrhoeischen Erkrankung nicht constatirt werden konnte, trat im Anschlusse an einen Abortus unter Fieber äusserst heftige Schmerzhaftigkeit längs der Ansätze des Zwerchfells auf, sodass Athmung, Husten und Pressen stark behindert waren. Die Diagnose rheumatische Entzündung, bestätigte sich bald durch das Hinzutreten sehr schmerzhafter Entzündungen in den Sprung- und Kniegelenken und im rechten Schultergelenk. Die Entzündung im linken Kniegelenk überdauerte die anderen mehr flüchtigen Symptome um viele Wochen, und es besteht zur Zeit, fast ein Jahr nach dem Beginn der Erkrankung noch ein deutlicher Flüssigkeitserguss mit Verdickung der Kapsel und Beweglichkeitsbeschränkung. Dass das Einsetzen rheumatischer Symptome im Verlauf des Puerperiums kein allzu seltenes und den alten Aerzten bereits bekanntes Vorkommniss ist, geht aus der Bemerkung in alten Lehrbüchern hervor, dass das Puerperium eine gewisse Disposition zum Auftreten rheumatischer Gelenkerkrankungen abgebe. Für jene Fälle, welche bei gonorrhoeischen resp. der Gonorrhoe verdächtigen Frauen sich entwickelten, ist der Gedanke, dass auch derartige Gelenkerkrankungen auf den Gonococcus als Erreger zurückzuführen sind, ein naheliegender. Oft ist auch schon der bakteriologische Nachweis, der für diese Aetiologie sprach, erbracht worden. Doch erübrigt noch eine grössere Anzahl, bei welchen eine solche Beweisführung nicht gelingt. Autor hält es für wahrscheinlich, dass man in einer grösseren Anzahl auch solcher Erkrankungen, bei denen Anhaltspunkte für eine überstandene gonorrhoeische Infection aus den Secreten des Genitales nicht zu gewinnen sind, dennoch dieselbe Aetiologie heranziehen kann. Es spricht für diese Auffassung einmal die Häufigkeit der Gonorrhoe, ferner der Umstand, dass der Gonococcus auch bei milden Formen der ascendirenden Gonorrhoe des Weibes aus der Schleimhaut des Uterus in das Gewebe hineinwandert und sich dort verhältnissmässig lange Zeit in

einem latentem Stadium erhalten kann, um dann bei gegebener Gelegenheit neuerliche Erkrankungen, resp. Metastasirungen hervorzurufen. Autor machte früher eine lehrreiche Beobachtung, die ihn dazu veranlasste, die Existenz einer Gonokokkenpyaemie anzunehmen. Es handelte sich um eine im Anschluss an Myomenucleation unter dem Bild der Pyaemie aufgetretene Gelenkserkrankung, welche durch die bakteriologische Untersuchung des Gelenkexsudates als eine gonorrhoeische qualificirt werden konnte. Hier hatte die Eröffnung von Blutbahnen in dem von früher her wahrscheinlich erkrankt gewesenen Uterus zu einem Einbruch der Gonokokken in den Kreislauf geführt. In ähnlicher Weise dürften die beim Geburtsact gesetzten Verletzungen den so häufig vorhandenen Gonokokken für ihr Vordringen in die benachbarten und entfernteren Lymphbahnen die Wege ebenen. Dass solche Bedingungen für eine Propagation der im Genitale angesiedelten Gonokokken mitunter bereits in der Schwangerschaft gegeben sein können (starke Succulenz des Gewebes, Auflockerung der Cervix etc.) könnte das scheinbar unmotivirte Auftreten solcher Erkrankungen in der Gravidität erklären. Andere Fälle, die auch klinisch einen deutlichen septisch-pyämischen Charakter offenbarten, erwiesen sich als durch Streptokokken hervorgerufen, die man im Blute vorfand, sodass man also *bei den puerperalen Rh. zwei Gruppen unterscheiden kann, gonorrhoeische und septisch-pyämische.* Jedenfalls wird man bei Erkrankungen des Herzens unbekannter Abkunft bei Frauen auf vorausgegangene Geburten und Infectionen im Puerperium anamnestisch zu fahnden haben.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 16.)

- **Zwei Fälle von isolirter rheumatischer Erkrankung der Kiefergelenke** beobachtete Dr. K. Manasse (Karlsruhe).  
*Fall 1.* Frau von 30 Jahren, die nie vorher an Rh. gelitten, klagt beim 1. Besuche am 24. XII. 1901 über heftige Schmerzen im linken Ohr, die seit zwei Tagen bestanden und nach unten und hinten ausstrahlten. Im Ohr normale Verhältnisse, dagegen die ganze Gegend des linken Kiefergelenks (vor dem Ohre) stark geschwollen, Kauen links unmöglich, Schleimhaut des Mundes am

linken aufsteigenden Kieferaste deutlich geschwollen, darunter das Gefühl leichter Fluctuation. Am nächsten Tage rechterseits die gleichen Symptome, sodass der Unterkiefer nur schwer gegen den Oberkiefer gepresst werden kann. Temp. zwischen 37,8 und 38,2. Therapie: Aspirin 0,5 zunächst 3stündlich, später 4 mal täglich; Bepinselung der Gelenkgegenden innen und aussen mit Jodvasogen. Am 29. XII. sämtliche Beschwerden verschwunden. Am 14. I. 1902 heftige Schmerzen im linken Kniegelenk. Therapie wie zuvor. Nach fünf Tagen die Erscheinungen zurückgegangen. *Fall. 2.* Knabe von 9 Jahren klagt nach einer angeblichen Erkältung in der Sylvesternacht über allgemeine Mattigkeit 48 Stunden lang, am 3. I. 1902 Morgens über heftige Schmerzen im linken, am Abend auch im rechten Ohr. Untersuchung derselben negativ, dagegen Status ähnlich wie im 1. Falle, dabei Puls 100, Temp. die ersten beiden Abende 38,5, Morgens 37,3. Die Symptome bleiben zwei Tage bestehen, um dann zurückzugehen und nach fünf Tagen, erst links, dann auch rechts, gänzlich zu verschwinden. Medication: Lactophenin (aus äusseren Gründen) 4  $\times$  tägl. 0,25, Pinselung mit Jodvasogen. Ueber die Diagnose in diesen zwei Fällen konnte ein Zweifel nicht herrschen: Erkrankungen der Ohren, Nase und ihrer Nebenhöhlen, Zähne, Parotis waren sicher auszuschliessen, der Erfolg der Therapie sprach für sich. Man wird also bei manchen Fällen von „Ohrenschmerzen“ auch an Rheumatismus in den Kiefergelenken zu denken haben.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 20.)

**Rhinitis.** Cocaintamponade bei frischem Schnupfen empfiehlt Dr. Süssmann (Petrzlowitz). Cocainpinselung sowohl wie Tamponade sind bei Rh. für sich allein längst angewandt worden, das Wesentliche ist aber die gleichzeitige Anwendung beider. Denn die Tamponade der entzündeten Nase wird auf die Dauer nicht vertragen, und besonders der *permanente* Abschluss der Nasenhöhle, ihre dauernde „Ruhigstellung“ bis zum Ablauf des acuten Stadiums ist Hauptforderniss. Der anaemisirende Druck der Tamponade steigert die Wirkung des Cocains, das vielleicht auch direct den Entzündungsprocess beeinflusst, da es neben Anaesthesie

auch Ischaemie herbeiführt. Gefahr ist nicht vorhanden, da man meist mit 2% iger Lösung auskommt, von der pro die höchstens 10 g (= 0,2 Cocain) bei sehr starken Beschwerden, gewöhnlich aber nur 5 g verbraucht werden. Ein Stückchen Watte, eben gross genug, um sich, leicht eingestopft, von selbst in der Nase zu halten, ohne dabei aus dem Nasenloche hervorzuschauen, wird mit der Lösung getränkt und eingeführt. Hat es sich mit Nasensecret vollständig vollgesogen — das Cocain hat sich beim Einführen zum grössten Theil auf die Schleimhaut entleert — so wird der Tampon erneuert. Wieder auftretender starker Niesreiz zeigt Secretstauung an. Wenige Minuten oft schon nach der 1. Tamponade äusserst wohlthuendes Kältegefühl auf der Schleimhaut; Brennen, Niesreiz etc. verschwinden. Wenn sich nach einigen Stunden die Cocainwirkung stabilisirt hat, kann man auch trockene Tampons einführen, bis die neuerlich sich bemerkbar machenden Beschwerden wieder nach Cocain verlangen. Da Rh. häufig zuerst einseitig auftritt, gewöhnt man sich leicht an die Ausschaltung einer Nasenseite; bei doppelseitiger muss man event. abwechselnd tamponiren. Gebrauch des Taschentuches und Schnäuzens durchaus contraindicirt! Wenn beim Tamponwechsel etwas Schleim abfliesst, tupfe man einfach mit Watte ab. So kann man jeden Schnupfen in 24, höchstens 36 Stunden coupiren: Die subjectiven Symptome bleiben dann verschwunden, und nur die geringe Verstärkung der Secretion zeigt an, dass der Process noch nicht ganz abgeheilt ist.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 8.)

- **Forman bei frischem Schnupfen** empfiehlt warm auch Dr. M. Bresgen (Wiesbaden). Von Erwachsenen wird das Präparat bekanntlich durch Erzeugung von Dämpfen in einem besonderen Nasenglase, in das Formanpastillen gethan werden, in die Nase gebracht, in welche zwei Röhrchen des Nasenglases gesteckt werden. Das soll bei frischem Schnupfen 4—5 mal am Tage durch 5 Minuten geschehen. Die Wirkung der Dämpfe ist eine augenblickliche, die Nase wird rasch frei, die Beschwerden schwinden, ja im ersten Beginn kann der Schnupfen coupirt werden. Aber auch noch am 1. Tage

der vermehrten Absonderung ist das Forman von raschster Wirkung, so dass man nach 2—3 tägiger Anwendung glauben könnte, den Schnupfen beseitigt zu haben. Davor kann aber nicht genug gewarnt werden; denn unterlässt man die Weiterbehandlung, so flackert die Rh. wieder auf. Das Forman muss weiter applicirt werden, wenn auch seltener. Bei chron. Coryza nützt Forman nichts, ja die Beschwerden werden oft durch die heissen Dämpfe vermehrt. Für *Kinder*, die das Nasenglas noch nicht gebrauchen können, hat Autor jetzt eine *Formansalbe* geschaffen, die, *in kleinen Mengen* benützt, recht nützlich ist. Es genügt, dass ein halb- bis höchstens linsengrosses Stückchen 3, 4—5 mal in jedes Nasenloch geschoben wird, wobei das Kind in Rückenlage sein und bleiben soll. Diese Salbe ist auch bei Erwachsenen mit Dauerschnupfen für die Nacht ganz nützlich. Formanwatte wirkt viel bescheidener, als die Formandämpfe bei acutem Schnupfen, doch ist sie für die Reise praktisch und vermag, richtig angewandt (häufig hintereinander ein ganz dünnes Stückchen eingeschoben), ebenfalls die Rh. recht günstig zu beeinflussen. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Forman ist beim frischen Schnupfen sehr wirksam, und zwar um so mehr und um so rascher, je früher es angewendet wird.

2. Im Allgemeinen geschieht die Anwendung am besten mittelst Nasenglases, während die Formanwatte besonders auf der Reise, die Formansalbe vorzüglich in der Nacht sich bewährt. Bei ganz kleinen Kindern kommt die letztere ausschliesslich in Betracht.

3. Die Anwendungsweise der einzelnen Forman-Zubereitungen ist an eine gewisse Sorgfalt gebunden, um grösstmögliche Wirkung zu erzielen.

4. Gegen Stock- oder Dauerschnupfen ist Forman ohne Heilwirkung; unter gewissen Umständen kann jedoch Formansalbe lindernd wirken.

5. Wird das Forman-Nasenglas fortgesetzt gegen Dauerschnupfen verwendet, so scheint das Forman die Schwellung der Nasenschleimhaut zu vermehren, was nicht zum wenigsten auf Rechnung der warmen Dämpfe gesetzt werden muss.

6. Irgend welche sonstige schädliche Nebenwirkungen konnten bisher nicht beobachtet werden.

(Die ärztl. Praxis 1902 No. 9.)

**Sepsis.** Mit Ung. Credé hat Mansbach einen schweren Fall von *puerperaler S.* erfolgreich behandelt. Nach Anwendung von 12 g innerhalb 14 Tagen blieb Pat. dauernd fieberfrei. Ebenfalls mit Ung. Credé hat Münz 2 Fälle von S. behandelt. Im ersten handelte es sich um eine erst in der 3. Woche erfolgte Sepsis, anschliessend an eine Mastitis, deren operative Inangriffnahme erst gestattet wurde, nachdem offenkundige allgemeine Pyaemie eingetreten war; es stellten sich Thrombophlebitiden, Schüttelfröste etc. ein. Erst nach 2½ monatlicher Behandlung Heilung. Im zweiten Falle handelte es sich um schwere S. nach manueller Placentarlösung; nach 10 Einreibungen Sinken der Temp. und Heilung. Gessner hat bei einem Falle von *Typhus abdom.* und einer schweren croupösen *Pneumonie* Ung. Credé benützt. In ersterem war nach 1 tägiger Fieberfreiheit ein neuer Temperaturanstieg erfolgt, welcher nach Einreibung der Salbe an beiden Oberschenkeln schwand. In letzterem war bei sehr schweren Allgemeinerscheinungen nach Einreibung von 3 g auf der Brust die Temp. gefallen und Genesung des 9jähr. Knaben eingetreten (eine spontane Krisis glaubt Autor ausschliessen zu können). Rühl hat bei S. in puerperio gute Erfahrungen mit der Salbe gemacht. Flatau hat dieselbe in 4 Fällen angewandt. So bei schwerster puerperaler S., wo Temp. 40°, Puls kaum fühlbar, Facies hippocratica vorhanden war, Ung. Credé bei infauster Prognose als ultimum refugium geschmiert wurde; auf die ersten Inunctionen (à 3 g) Temperaturabfall, Puls 120—130, Allgemeinbefinden besser, und unter fortgesetzter Anwendung Heilung. Ebenso heilten zwei Pyaemien nach operativen Eingriffen (Tubenschwangerschaft und Carcinom), wobei die Temperaturcurve jedesmal nach der Einreibung deutlichen Abfall, Besserung des Pulses u. s. w. zeigte. Autor warnt vor übertriebenen Hoffnungen, empfiehlt aber das durchaus unschädliche Mittel bei allgemeiner S. immer zu versuchen, zumal ja die sonstige Therapie so wenig verspricht.

(Nürnberger med. Gesellschaft 20. II. 1902. —  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 13.)

- Ung. Credé kann auch Dr. E. Toff (Braila) warm empfehlen, da es ihm bei mehreren Fällen von puerperaler Sepsis, aber auch bei anderen septischen Erkrankungen, auch bei Kindern die besten Dienste leistete, auffallende Besserungen des Krankheitsbildes sehr bald herbeiführte.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 17.)

**Tuberculose.** Einen Beitrag zur medicamentösen Behandlung der T. liefert Prof. De Renzi (medic. Klinik Neapel), indem er speciell die günstige Wirkung des *Ichthyol* hervorhebt, das sich auch in schweren Fällen ihm bestens bewährte. Als hervorragendster und nahezu beständiger Heileffect wurde die Abnahme des Bronchialkatarrhs wahrgenommen, als zweiter Heileffect Zunahme des Körpergewichts und Besserung des Allgemeinbefindens, ein Effect, der continuirlich sich geltend machte und sich steigerte, je länger das *Ichthyol* angewandt wurde. Dasselbe kann sehr lange gereicht werden, ohne irgendwie unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen, sodass man in der Lage ist, seine Wirkung voll zur Geltung zu bringen. Es kann auch bei Haemoptoe oder Neigung dazu gegeben werden, da es gefässzusammenziehend wirkt. Zuerst gab Autor es in Pillen oder Kapseln, überzeugte sich aber bald, dass es in Lösung besser wirkt. Nach vielen Versuchen gelangte er zu folgender Mixtur, die unverändert bleibt und anstandslos genommen wird:

Rp. Ichthyol. 25,0  
Aq. dest. 60,0  
Alkohol. rectific. (80°) 60,0  
Syr. Citr.  
Syr. Cort. aur. aa 50,0

In der ersten Woche gab er 1 Kaffeelöffel davon in 1 Glas Wasser, zur Hälfte des Morgens, zur anderen Hälfte des Abends, in der zweiten Woche 2 Löffel in 2 Glas Wasser, in vier Malen auszutrinken, u. s. w. steigend bis zur höchsten Dosis: 8—10 Kaffeelöffel voll (= 8 g pro die). In der letzten Zeit gab er eine andere Mischung, die den Pat. noch mehr zusagt:

Rp. Ichthyol. 10,0  
Aq. Menth. pip. 80,0  
Syr. simpl. 20,0



Gewöhnlich beginnt er die Cur mit zwei Kaffeelöffeln und steigert die Dosis täglich um zwei Kaffeelöffel bis zur Höhe von 10—11 g pro Tag (wenn man eine grössere Anzahl Kaffeelöffel giebt, werden 3—4 in einem Glas Wasser genommen). Auch diese hohen Dosen werden sehr gut vertragen. *Ichthoform* gab Autor ebenfalls (Pulver von 10—30 cgr, pro die 1—3 g) mit ähnlichem Erfolge. Es übte besonders einen günstigen Einfluss aus auf die *Darmstörungen*; die Gasentwicklung, Darmschmerzen, Diarrhoeen bekämpfte es wirksam. Gegen das *Fieber* giebt Autor mit Vorliebe *Natr. salicyl.* in Dosen von 1 g (Darauf 200 bis 300 cem Wasser trinken!), 4—6 g pro die, bei sehr anhaltendem hohem Fieber auch 8—10 g.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 18.)

- Zur **Diagnose der T. in der weiblichen Blase** hat vor einiger Zeit Stoeckel drei Fälle mitgetheilt, bei welchen es sich um chron. Blasentuberculose handelte, die mit relativ sehr geringen subjectiven Beschwerden verliefen; er betonte hierbei, wie leicht bei Nichtanwendung des Cystoskops hier diagnostische Irrthümer unterlaufen können. Unter dem Eindruck dieser Worte ist Prof. Krönig (Leipzig) in einem Falle, den er jetzt publicirt, vor einer Fehldiagnose bewahrt worden. Pat. war schon von verschiedenen Gynaekologen jahrelang behandelt worden; die Beschwerden der Pat. waren meistens auf eine gleichzeitig bestehende Retroflexio uteri zurückgeführt, und man hatte versucht, sie durch Pessarbehandlung zu bessern, bis Pat. dem Autor überwiesen wurde, der folgende Anamnese erhob: 30jähr. Frau, seit 1892 verheirathet. Ehemann vollständig gesund; weder in der Familie des Mannes, noch der der Frau T.; Pat. selbst bisher gesund, begann im 18. Lebensjahre zu menstruiren; Periode unregelmässig, mässig schmerzhaft. Vor neun Jahren Fehlgeburt im dritten Monat; Verlauf des Wochenbettes normal. Seit dieser Zeit aber Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes; von Gynaekologen meist Verlagerung oder linksseitige Eierstockentzündung festgestellt, mehrfach Operation angerathen. In den letzten Jahren zeitweilig Drang zum Wasserlassen. Urin meist klar, nur bei Witterungswechsel geringe Flocken darin. Appetit in

letzter Zeit nicht mehr so gut, ziemlich starke Gewichtsabnahme. Pat. von graciler Constitution; über den Lungen Alles normal. Uterus retrovertirt, leicht aufzurichten; beide Tuben schlank zu tasten, beide Ovarien klein, beweglich. Rechte Niere lässt sich am unteren Pol tasten, ist auf Druck nicht schmerzhaft und wird leicht in die Nierengrube reponirt. Linke Niere mässig vergrössert, ist wenig verschieblich und lässt sich nicht vollständig unter dem Rippenbogen zum Verschwinden bringen; auf Druck kaum schmerzhaft. Urin klar; nur beim Ablassen des letzten Restes aus der Blase vermittelt Katheter einige Schleimflocken. Beim Kochen geringe Trübung. Mikroskopisch nur ganz vereinzelte Eiterkörperchen, keine Cylinder; im Deckglastrockenpräparat vereinzelte Tuberkelbacillen. Bei der cystoskopischen Untersuchung zeigt die Blasenschleimhaut im Allgemeinen normale Verhältnisse bis auf eine circumscripte Stelle an der Einmündung des linken Ureters; hier sieht man auf einer ungefähr thalergrössen Fläche sehr starke Injection und um die Ureteröffnung fast kreisförmig gestellte zahlreiche weisse Erhabenheiten (Tuberkelknötchen); Uretermündung selbst leicht geschwürig. Rechter Ureter lässt sich leicht und schmerzlos entriren, entleert klaren Urin. Beim Entriren des linken, am Eingang geschwürigen Ureters lebhafter Schmerz; Entleerung mit Flocken vermischten Harns. Beim Kochen Urin aus dem rechten Ureter eiweissfrei, aus dem linken etwas getrübt, im Sediment vereinzelte Tuberkelbacillen. Diagnose also: Secundäre T. der Blase bei primärer T. der Niere. Wegen der zunehmenden Gewichtsabnahme Exstirpation der Niere sammt Ureter, erstere bis zu  $\frac{2}{3}$  ihres Volumens total verkäst, Ureter stark verdickt, rings von bindegewebigen verkästen Schwielen umgeben. Symptome verschwinden post oper., Pat. nimmt in zwei Monaten 12 Pfund zu. Dieser Fall bestätigt also Stoeckel's Angaben, *mit wie geringen Symptomen eine T. der Blase, selbst in Verbindung mit einer primären T. der Nieren verlaufen kann, und wie nöthig da die cystoskopische Untersuchung ist.* Die ausschliessliche mikroskopische Untersuchung des Urins, welche hier allerdings Tuberkelbacillen lieferte, genügte nicht, weil nur etwa in 25% der Fälle solche nachweisbar sind, auch Verwechselungen

mit Smegmabacillen vorkommen. Operirt bietet die T. der Blase relativ günstige Prognose, was sich auch hier bestätigte.

(Centralblatt für Gynaekologie 1902 No. 19).

- Die Infectiosität des Nagelschmutzes bei Kindern in Bezug auf T. prüften Dr. K. Preisich und Dr. A. Schütz (Stephanie-Kinderspital Budapest). Sie untersuchten den Nagelschmutz von Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 2 Jahren. Solche Kinder bringen sehr viel Zeit auf den Dielen der Stube zu, wo sie sich fortwährend beschmutzen, Staub und Schmutz in Mund und Nase führen. Die Untersuchungen wurden von Februar bis April gemacht, wo die Kinder das Zimmer kaum verlassen. Das Material wurde dem Ambulatorium ohne besondere Wahl entnommen. Unter 66 untersuchten Fällen wurden 14 mal (= 21,2%) Tuberkelbacillen gefunden. In 5 Fällen davon fehlte eine Anamnese auf T., zweimal wurde Belastung ohne derzeitige tuberculöse Erkrankung in der Familie festgestellt, Lungentuberculose war in der Familie, resp. Wohnung zweimal, eiternde Knochentuberculose in vier Fällen auffindbar. In einem Falle lag nur Verdacht vor auf Belastung, in einem anderen war das Kind nicht belastet, weilte aber tagsüber in einer Familie, wo zwei Kinder vermuthlich an T. starben und eines Halsdrüenschwellungen hat. Was lehren diese Ergebnisse? Man achtet viel zu wenig auf die Reinlichkeit der Kinderhände. Bei Säuglingen kommt es oft vor, dass die Nägel aus Aberglauben nicht gestutzt oder, aus Furcht vor der Scheere, von den Eltern abgenagt werden. Verf. sahen das Vorkommen der Tuberkelbacillen auch in solchen Fällen, wo weder in der Familie, noch in der Wohnung zur Zeit an T. leidende Personen sich befanden. Daraus lässt sich schliessen, dass der Staub der Stube, mit welchem der Nagelschmutz in obigen Fällen ja identisch war, durch Personen mit Tuberkelbacillen inficirt wurde, die muthmaasslich früher die Wohnung bewohnten. In acht Fällen saugten die Kinder an den Händen, bei fünf davon fehlte die Anamnese auf T., was wieder zeigt, wie schädlich jene schlechte Gewohnheit der Kinder ist; an den benetzten Fingern haftet der Schmutz

besser und die Kinder führen unablässig neuen Infectionsstoff in ihren Mund. Eine viel grössere Bedeutung muss man jener Thatsache beimessen, dass Tuberkelbacillen im Nagelschmutz in allen jenen Fällen nachweisbar waren, wo in der Familie eiternde Knochentuberculose bestand. Der eiternden Knochen- und Drüsentuberculose schreiben Verf. an Infectiosität schon seit früher grosse Bedeutung zu. Die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen bestärken diese Annahme, dass der eiternden Knochen- und Drüsentuberculose in Bezug auf Infection eine der Lungentuberculose nur wenig nachstehende Bedeutung zukommt. An jenen eitrigten Affectionen leiden sehr viele Kinder. Sie werden gebadet in einer Wanne, wo auch die Gesunden baden, der gebrauchte Verbandstoff und die mit Eiter beschmutzte Wäsche werden mit der übrigen Wäsche zusammen gewaschen, sehr oft schlafen Gesunde mit den Kranken in demselben Bett, spielen auf demselben Polster, der am Körper eingetrocknete Eiter kommt unablässig in den Schmutz der Diele. Beim Kinde können zwei Arten der Infection unterschieden werden. Die eine geht rasch vor sich und geschieht „en masse“, die andere ist eine langsame cumulative Infection. Solange der Säugling hauptsächlich nur mit Personen in Berührung kommt und dieser Verkehr naturgemäss ein enger ist, bekommt das Kind die Keime der Krankheit fortwährend in grossen Mengen von diesen event. tuberculösen Personen in Mund und obere Luftwege. Bei solchen Kindern entwickelt sich dann die T. rasch und endet bald letal; die Sterblichkeit bei Kindern an T. ist im ersten und zweiten Lebensjahre am grössten. Jene Kinder, welche dieser „en masse“-Ansteckung nicht zum Opfer fielen und, älter geworden, am Fussboden sich herumtummeln, inficiren sich mit dem Schmutze der Diele und der umgebenden Gegenstände. Bei jeder Gelegenheit führen sie nur wenig Keime in Mund und Nase, wenn aber diese Infection sich oft wiederholt, bleibt die Wirkung wegen Cumulation des Infectionsstoffes nicht aus. In Mund und Nase des Kindes finden sich immer Schleimhautdefecte, durch welche die Keime in den Organismus dringen. Oft geben Tonsillen und adenoide Vegetationen Anlass dazu, desgleichen cariöse Zähne; überall hier und an der

Nasenschleimhaut fand man schon virulente Bacillen. Von diesen Flächen aus aber verlaufen die Lymphbahnen durch interponirte Drüsen convergirend in den Thorax. Somit ist begreiflich, dass die Erkrankung der Maxillar-, Hals-, Mediastinal- und Peribronchial-Lymphdrüsen bei Kindern so oft vorkommt. Durch Verschlucken der Bacillen wird aber auch abdominale T. zu Stande kommen können.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 20.)

**Typhus.** Ueber den **Nachweis von Typhusbacillen im Sputum Typhuskranker** stellte Dr. L. Jehle (k. k. Kaiser Franz Joseph-Spital Wien) Untersuchungen an, die zu folgenden Schlüssen führten:

1. In den mit Pneumonie complicirten Fällen von T. abdominalis lassen sich sowohl im Sputum, als auch im Lungensaft Typhusbacillen häufig nachweisen. Das Sputum hat dann stets, entsprechend dem haemorrhagischen Charakter der pneumonischen Infiltration eine deutlich haemorrhagische Beschaffenheit. Die Typhusbacillen können sowohl in Reincultur, als auch vermengt mit anderen Mikroorganismen, insbesondere dem Influenzabacillus, vergesellschaftet vorkommen.

2. Es gelang jedoch auch wiederholt, abweichend von den bisherigen Beobachtungen, bei klinisch und anatomisch uncomplicirten Bronchitiden Typhusbacillen im Sputum nachzuweisen.

Die praktische Bedeutung insbesondere der letzteren Befunde ist leicht ersichtlich. Wenn auch eine Ansteckung von Person zu Person durch zerstäubtes Sputum nur in geringem Maasse möglich erscheint, so ist eine Infection auf diesem Wege dennoch nicht ausgeschlossen. Die Ansteckung kann dann sowohl durch Inhalation erfolgen und zu einer primären Typhuspneumonie führen, als auch durch Verschlucken der Bakterien mit dem Speichel eine intestinale Infection verursachen. Die Beobachtung, dass sich *Typhusbacillen im Sputum noch längere Zeit nach Ablauf der Typhuserkrankung nachweisen lassen*, macht eine gründliche Desinfection desselben noch in der *Reconvalescenx* nothwendig, ähnlich wie wir es jetzt bei dem Urin Typhuskranker verlangen, in dem gleichfalls durch

lange Zeit virulente Typhusbacillen zur Ausscheidung gelangen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 9.)

- **Coincidenz von Polyarthrititis rheumatica acuta mit T.** beobachtete P. K. Pel (Amsterdam, medic. Klinik). Die Differentialdiagnose solcher Fälle ist gar nicht so leicht, da ja T. mit rheumatoiden Schmerzen und sogar entzündlichen Schwellungen einzelner Gelenke einsetzen kann, ferner im weiteren Verlauf der Krankheit typhöse, d. h. durch Typhusbacillen bedingte Synovitiden beobachtet worden sind, endlich complicatorische, öfters eitrige Gelenkentzündungen als Folge einer Secundärinfection (z. B. mit Streptokokken) in den späteren Stadien der Krankheit gar nicht so selten sind. Nichts von alledem in Pel's Fall, wo einer der recht seltenen Fälle von echtem Gelenkrheumatismus neben T. vorlag. Pat. war wegen dieses offenbar echten acuten Gelenkrheumatismus ins Spital gekommen und wurde durch Salicyl rasch geheilt. Unterdessen aber war eine Infection an T. erfolgt und während des letzteren trat ein Recidiv der Polyarthrititis acuta auf, wogegen sich wiederum Salicyl als wirksam erwies.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 16.)

- **Ueber ein praktisches Mittel, Schweiss zu erzeugen,** schreibt Dr. Treitner (Innsbruck): „Eine vortreffliche Methode, um auf angenehme und sichere Weise durch Anregung der Schweissdrüsen Schweiss zu erzeugen, bilden *stündlich regelmässig wiederholte Waschungen des ganzen Körpers mit möglichst frischem Wasser.* In der Regel erfolgt etwa nach 3—5 Waschungen ein angenehmer Schweissausbruch. Der Pat. soll im Bette gut, aber nicht übermässig zugedeckt werden. Bei fieberhaften Zuständen ist Nichtabtrocknung nach der Waschung sehr vortheilhaft, bei anaemischen Personen jedoch mit wenig Eigenwärme muss der Körper gut abgetrocknet werden. Die Waschungen dürfen selbstverständlich nur bei *warmem* Körper vorgenommen werden. Einen besonders wohlthuenden Einfluss üben dieselben auf jene fieberhaften Krankheiten aus, welche von dem für den Pat. so lästigen trockenen Hitzegefühl begleitet sind, wie Sepsis, Typhus etc., indem einer-

seits durch entsprechende Wiederholung der kalten Waschung die Kranken in einer beständigen leichten Transpiration erhalten werden können, durch welche die Ausscheidung der Toxine wesentlich gefördert wird, andererseits durch die wiederholte Erfrischung das Herz gekräftigt, die Lunge zu tieferer Respiration angeregt und das Allgemeinbefinden gehoben wird. Sie bilden gerade bei T. auch ein gutes Ersatzmittel für die kalte Bäderbehandlung, wo diese wegen Mangel an passender Gelegenheit oder wegen zu grosser Schwäche des Pat. nicht gemacht werden kann.“

(Klin.-therap. Wochenschrift 1902 No. 20.)

**Ulcus ventriculi.** Bismutose, das von Kalle & Co. hergestellte Eiweiss-Wismuthpräparat, ein geruch- und geschmackloses, 21% Wismuth enthaltendes Pulver, wandte Dr. K. Witthauer (Halle a. S.) bei 9 Fällen von U. an, indem er nach Analogie des Bismuth. subnitr. 10 Tage lang täglich 15—20 g in Wasser-aufschwemmung gab, die nie ungern genommen wurde. Bei der mageren Kost der Pat. musste es vortheilhaft sein, gleichzeitig eine gewisse Menge Eiweiss einzuführen (30—50 g Bismutose nach Manasse = 150—250 Calorieen). Die Pat. mussten sich gleich danach mit erhöhter Magengegend lagern, dann auf die rechte und später auf die linke Seite legen, damit möglichst die ganze Magenwand von dem Pulver bedeckt würde. Bei frischen Blutungen wurde die Cur am 3. Tage begonnen, es gab dann weitere 3 Tage noch ferner ausgekühlte Milch, später aber kleine Mengen alter Semmelkrume mit geschabtem Rindfleisch, rohem Schinken und weicher Cervelatwurst. Das Präparat wurde stets gut vertragen und erzielte vollen Erfolg. — Auch bei *Darm-affectionen* wurde Bismutose ordinirt, vor allem bei *Kindern*. Bei den echten Darmkatarrhen erwies es sich fast stets als nützlich, bewährte sich auch öfters, wo andere Mittel versagt hatten; bei Durchfällen aus anderen Ursachen schlug es nicht an. Per os wurde es in Reisschleim oder Eiweisswasser in Emulsion gegeben, die man leicht herstellen kann, indem man erst langsam unter Umrühren zur Bismutose heisses Wasser zusetzt; in anderer Weise gereicht, erregt das Präparat bisweilen Erbrechen. Kinder erhielten mehrmals täglich

einen gestrichenen Theelöffel, bei Erwachsenen kann man bis 1 Esslöffel und mehr steigern, da das Mittel auch in grösseren Dosen ganz ungefährlich zu sein scheint.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 19.)

## Vermischtes.

- **Praktische Notizen** (Erinnerungen aus der Leyden'schen Klinik): *Zur Behandlung der Pulsverlangsamung.* Man suche die Ursache der verlangsamten Pulsfrequenz zu ergründen. Sie ist vielfach ein physiologisches Phaenomen (in der Reconvalescenz acuter Krankheiten und im Wochenbett); dann bedarf sie keiner besonderen Behandlung. Sie ist aber auch vielfach ein Zeichen wirklicher Herzschwäche, z. B. bei Herzfehlern, bei Coronarsklerose, nach körperlicher Ueberanstrengung; oft geht sie dann mit Arrhythmie des Pulses und mit Ohnmachtsanfällen einher; in jedem dieser Fälle ist zu prüfen, ob die Bradycardie nicht nur scheinbar ist, indem das Herz sich contrahirt, ohne dass die Blutwelle die Radiales erreicht. In Fällen von Herzschwäche mit Bradycardie ist ein Versuch mit kleinen Dosen Digitalis angezeigt; das ist die einzige Situation, in der Digitalis die Herzschlagfolge vermehren kann. Bleibt Digitalis erfolglos, so kommt Strophanthus und namentlich Coffein in Frage; im Uebrigen ist Alkohol wirksam. Sehr oft ist Bradycardie ein Reflexzeichen, in Verdauungskrankheiten, bei allgemeinen Ernährungsstörungen, bei Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, bei organischen und functionellen Nervenleiden. Hierbei kann die Bradycardie vorübergehend oder langdauernd sein, je nach der Art des Grundleidens. Die Behandlung richtet sich gegen das letztere und ist auch in ihrem Erfolge von der Natur desselben bedingt. Bei den verhältnissmässig häufigen Bradycardieen der Neurasthenischen und Hysterischen ist allgemeine Körpermassage, Anregung durch verschiedene Bäder, oft auch systematische Erschütterung der Herzgegend von eclatantem Erfolg. Als Medicamente empfehlen sich Baldrian, Convallaria, Coffein. — *Zur Behandlung frischer Com-*



*pensionsstörungen des Herzens.* Kommt der Arzt zu einem Pat. mit starker Dyspnoe und Angstzuständen, die auf Schwäche des linken Herzens beruhen, so pflegt er in einer wohlberechtigten Art von Reflexaction ein Digitalisinfus zu verschreiben. Es ist eine gute Regel, in frischen und nicht gerade sehr bedrohlichen Fällen diesen Reflex zu hemmen und vorerst eine indifferente Arznei zu verschreiben. Absolute körperliche Ruhe und vor allem die durch ärztlichen Zuspruch hervorgebrachte psychische Beruhigung, allenfalls unterstützt durch kleinste Gaben eines Narcoticums, bewirken oft in 24 Stunden eine so bedeutende Erholung des Herzens, dass man auf Digitalis verzichten kann. Je später man dies wunderbare Mittel anwendet, desto länger kann man dem Kranken die Wohlthat desselben zu Theil werden lassen. — *Zur Behandlung der Haemoptoe.* Alles kommt bekanntlich darauf an, die blutende Lunge möglichst still zu stellen. Man sucht die grösste körperliche und seelische Ruhe zu erzielen. Werthvoll ist es daneben, die Athembewegung der betroffenen Seite besonders zu verringern. Zu diesem Zwecke kann man Sandsäcke anwenden. Man füllt Leinwandsäcke, nach Art der Brodbeutel der Soldaten angefertigt, mit feinem Sand, und legt dieselben auf die erkrankte Thoraxhälfte. Von Tag zu Tag füllt man grössere Mengen Sand ein, indem man mit etwa 1 Pfd. beginnt; allmählig werden 5 Pfd. gut vertragen. Oft scheint diese Anwendung zur Blutstillung beizutragen.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1902.)

- Für die **Behandlung des Chalazium** empfiehlt Strzeminsky folgende Salbe:

Rp. Jod. pur. 0,2  
 Kal. jod. 0,6  
 Lanolin. 4,0  
 Vaseline.  
 Aq. dest. aa 0,8  
 M. f. ung.

S. Beim Zubettgehen aufs Gerstenkorn aufzutragen.

(Le Mouvement therap. et méd. — Therap. Monatshefte 1902 No. 4.)

- **Natr. biborac. als Beihülfe bei einer Entfettungscur** anzuwenden, ist nach einer Mittheilung von Professor

Gerhardt (Berlin) des Versuches werth. Dies Salz hat bei Thieren und Menschen einen die Ernährung störenden Einfluss gezeigt, die Ausnützung der genossenen Nahrungsmittel scheint herabgesetzt zu werden. Wie die Erfahrungen an drei Pat. lehrten, ist die geeignete Dosis  $3 \times$  tägl. 0,5.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1902.)

- Ueber **Maggi's Bouillon-Capseln** liegen uns einige Urtheile von Aerzten vor, die sich sehr anerkennend über dieses Präparat aussprechen. Nach Dr. med. G. Kuster ermöglichen es die Bouillon-Capseln bequemer als die üblichen Fleisch-Extract-Präparate, sofort unter alleiniger Verwendung von heissem Wasser eine wohlschmeckende, kräftige Bouillon herzustellen. Die Capseln sind für einzelne Portionen Fleischbrühe berechnet. Sie präsentieren sich als runde, 1 cm dicke Stängelchen, in einer Capsel mit Gebrauchsanweisung. Die braune, eingedickte Masse steckt in einer Hülle von Gelatine, die sammt ihrem Inhalt sich leicht auflöst. K. hat diese Erfindung durch öfteren, eigenen Gebrauch als höchst praktisch kennen gelernt, im Hause wie auf Reisen, für Touristen, Bergsteiger etc. Man kommt öfters in die Lage, einem Kranken schnell eine kräftige Bouillon allein oder mit leicht verdaulichem Nährstoff versetzt geben zu müssen. Dies ist nun durch die in genau abgetheilten Dosen hergestellten Maggi-Capseln erheblich erleichtert. Ihr Gebrauch gegen Schwächezustände, in Krankheiten, nach Blutverlusten, bei Ohnmachten etc. ist wegen ihrer bequemen Handhabung sehr zu empfehlen. Die Bouillon ist auch für Genesende, zumal für solche nach länger dauernden, fieberhaften, zehrenden Krankheiten, wie z. B. Typhus, ein treffliches Mittel, die geschwächte Magenverdauung anzuregen und dem Blut Nährsalze zuzuführen.

In gleich günstigem Sinne äussert sich Dr. med. G. Fritz, Direktor des Asyls für Pellagrakranke der Provinz Mailand, in Inzago, der die Bouillon-Capseln in der ihm unterstellten Krankenanstalt und in seiner eigenen Familie erprobte.

## Bücherschau.

- Die bekannte Antiquariats-Buchhandlung Krüger & Co. in Leipzig hat kürzlich ihren **Antiquariats-Katalog** No. XXX herausgegeben, enthaltend über 1200 Werke über Krankheiten des Nervensystems, Gehirns, Rückenmarks, Geisteskrankheiten u. s. w. Eine Durchsicht zeigt, dass die Preise der einzelnen Bücher stark herabgesetzt sind.
- E. Duval's **Prakt. Hydrotherapie** haben Dr. Weiner und Dr. Matt ins Deutsche übertragen (Joh. Alt, Frankfurt a. M.) und sich dadurch ein Verdienst erworben. Trotzdem auch unsere Litteratur namentlich in den letzten Jahren durch manches gute Werk ähnlichen Inhalts bereichert worden ist, werden diejenigen, welche sich in der Praxis specialiter mit diesem Zweige der Medicin beschäftigen, doch gern auch dieses Buch in die Hand nehmen, welches, von einem hervorragenden, über 30 Jahre praktisch thätigen Hydrotherapeuten verfasst, ihnen viel Interessantes bietet und dadurch werthvoll ist, dass der Autor eben auf Grund so vieljähriger Erfahrungen ein competentes Urtheil über dies und das abgeben kann, auf das man sich verlassen kann.
- Dr. H. Brehmer's **Aetiologie und Therapie der Lungenschwindsucht** hat Geheimrath Dr. Petri, langjähriger Assistent Brehmer's und jetziger Chefarzt von dessen Görbersdorfer bekannter Heilanstalt, in verkürzter Form und mit Anmerkungen versehen, herausgegeben. Jetzt, wo die Tuberculosenfrage im Vordergrund unserer ärztlichen Interessen steht, wird die grundlegende Arbeit Brehmer's gewiss, zumal in der zweckmässigen Petri'schen Bearbeitung, einen weiten und dankbaren Leserkreis finden. Sie wird auch unter den zahlreichen modernen Schriften über die Lungenschwindsucht stets ihren Ehrenplatz behaupten. Der Verlag (Vogel & Kreienbrink, Südende) hat das 260 S. starke Buch angemessen ausgestattet und mit einem Bilde Brehmer's geschmückt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 12.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

September

XI. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen zehn Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Anaesthesie, Narkose.** Anaesthesin in der Wundbehandlung wird in der Breslauer chirurg. Klinik, wie Dr. Lengemann von dort berichtet, seit mehreren Monaten benützt. Es wurden granulirende Flächen, die mit dem Argentumstift touchirt werden sollten, einige Minuten zuvor mit dem Pulver bestäubt; die Wirkung war deutlich, selbst recht empfindliche Pat., bei denen das Touchiren sonst zu lebhaften Schmerzäusserungen geführt hatte, vertrugen es jetzt gut. Ferner wurden Granulationsflächen, die auch ohne Touchirung Schmerzen machten, z. B. nach Verbrennungen, mit dem Pulver bestreut, und dann erst das Verbandmaterial (gewöhnlich 1%ige Argent.-Salbe) applicirt; ausgesprochener Erfolg, wie auch bei ulcerirten Carcinomen. Ungünstige Nebenwirkungen fehlten stets. Zu beachten

ist, dass zur vollen Entfaltung der Wirkung eine Wartezeit von einigen Minuten nöthig ist.

(Centralbl. f. Chirurgie 1902 No. 22).

- Zur Anwendung des **Anaesthesins** macht Dr. C. Kassel (Posen) eine Mittheilung. Derselbe verwendet seit fünf Jahren in der Hals- und Nasenpraxis sehr reichlich das Orthoform, mit dem er sehr zufrieden war. Aber Anaesthesin ist speciell für die *Kehlkopftherapie* deshalb als Localanaestheticum von so hoher Bedeutung, weil wir es, ohne Vergiftungserscheinungen fürchten zu müssen, *durch Inhalation* in den Larynx bringen können. Dies geschieht am besten mittelst des gewöhnlichen Dampfinhalators, wobei zu beachten ist, dass die Zunge möglichst weit herausgezogen und der Trichter möglichst weit in den Mund geführt wird. Um mit der Anaesthesia auch eine therapeutische Wirkung zu erzielen, lässt Autor, sofern es die Pat. vertragen, folgende Mischung einathmen:

Rp. Anaesthesin. 20,0  
Menthol. 10,0—20,0  
Ol. Oliv. 100,0

Hierbei ist das Gesicht mit einem Tuche zu überdecken, um von Auge und Nase die Mentholreizung fernzuhalten. Uebrigens gewöhnt sich mancher Pat., der Anfangs die Einathmung nur wenige Secunden verträgt, bald für längere Zeit an dieselbe. Tritt solche Gewöhnung nicht ein, so verzichtet Autor aufs Menthol und verordnet die Inhalation ohne dieses. Die Dauer der Anaesthesia erstreckt sich auf 2 Stunden bis über 1 Tag. Sehr empfindlichen Pat., die den im Anfang zuweilen eintretenden Hustenreiz nicht überwinden können, kann man vorher Codein, Dionin etc. intern geben. Während bisher der Pat., welcher bei Dysphagie in Folge von Larynxulceration Erleichterung durch Orthoform haben wollte, von dem in der Kehlkopftechnik erfahrenen Arzte abhängig war, wird er durch Anaesthesin unabhängig von diesem.

(Therap. Monatshefte, Juli 1902.)

- Die **Localanaesthesia** bei **Extraction von Ohrpolypen** war bisher eine ungenügende. Jetzt hat Dr. H. Frey

(Politzer'sche Klinik in Wien) in der *Injection von Cocainlösung in die Substanz der Polypen selbst* ein Verfahren gefunden, das allen Anforderungen genügt und sich in den 10 Fällen, wo es benützt wurde, bestens bewährt hat. Mittelst einer Pravaz'schen Spritze, deren Ansatz knieförmig abgebogen ist, wird  $\frac{1}{2}$ —1 ccm einer 5%igen Cocainlösung injicirt, nachdem die Canüle möglichst tief nach innen eingeführt worden ist, damit die an der Wurzel gelegenen Parthieen, die ja am meisten der Zerrung ausgesetzt sind, noch erreicht werden. Indem dann die Spritze langsam zurückgezogen wird, drückt man ihren Stempel vor, sodass die ganze Wucherung von der Lösung durchtränkt wird. Dabei darf kein starker Druck ausgeübt und muss die Infiltration von *einer* Einstichöffnung ausgeführt werden, weil sonst durch die im Gewebe entstandenen Risse oder durch die anderen Stichöffnungen die Flüssigkeit wieder abfließt. Durch diese Manipulationen schwillt die Wucherung an, was ihre Extraction nur erleichtert. Nach  $\frac{1}{2}$ —2 Minuten kann dann die Extraction erfolgen.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 25.)

- Die minimale Narkose bei kleineren chirurgischen Eingriffen, speciell bei der Reposition von Radius- und Knöchelbrüchen empfiehlt warm Prof. Riedel (Jena). Zu solchen minimalen Narkosen benützt er in der Regel *Chloroform*, und zwar nach der Tropfmethode. Pat. muss nüchtern sein, dann genügen 80—100 Tropfen Chloroform, in 2 Minuten verabreicht, um jede Schmerzempfindung zu beseitigen, wenn der Pat. auch noch Alles merkt, was mit ihm vorgenommen wird. Selbstverständlich genügt diese minimale Dosis Chloroform nur für Eingriffe, die ganz kurze Zeit in Anspruch nehmen. Autor hat das Verfahren erst bei der Extractio dentium ausprobiert. Nachdem 80—100 Tropfen Chloroform verabreicht waren, fühlten die Pat. genau, dass die Zange angelegt, der Zahn hin und her bewegt und schliesslich extrahirt wurde, aber es fehlte das fatale Gefühl des Fremdkörpers im Munde, es fehlte jeglicher Schmerz. Dieses Stadium wird erreicht, bevor die Excitation eintritt; es dauert nur ganz kurze Zeit, weshalb man zugreifen muss, sobald Pat. die erste abnorme Bewegung macht. Lässt man in alter Weise zählen und

operiert, wenn Pat. anfängt unregelmässig zu zählen, so ist das gewünschte Stadium der Analgesie längst erreicht. Die minimalste Abweichung vom richtigen Zählen genügt also. Viel später sinken erhobene Arme herab. Da bei Idiosynkrasie gegen Chloroform Vergiftungsfälle schon zu Beginn der Narkose vereinzelt vorgekommen sind, so wird man *Aether* in Tropfenform geben, wenn man *ganz* sicher gehen will; *Aether* wirkt ja weit langsamer, dafür fehlt allerdings jegliche Gefahr. Für den Chloroform- resp. *Aether*-rausch giebt es eine Menge Operationen. Ein kurzer Kreuzschnitt durch einen Furunkel in der Analgegend, wo der *Aetherspray* nicht angewandt werden kann, weil der *Aether* überall unterhalb des Nabels bis zur Mitte des Oberschenkels hin entsetzlich brennt, lässt sich schmerzlos nach Application von 80 gutt. Chloroform machen, ein Schnitt durch den schmerzhaften Furunkel im äusseren Gehörgange gleichfalls. Noch mehr wird diese leichteste Narkose von solchen Pat. anerkannt, denen man relativ frühzeitig Tampons aus frisch angelegten Wunden entfernt; dieses Ablösen von Gaze, die mit den Hauträndern einer vor 24 resp. 48 Stunden angelegten Wunde verklebt ist, ist viel schmerzhafter, als man annimmt, sodass in solchen Fällen leichtes „Anchloroformiren“ mit 60—80 Tropfen sehr erwünscht ist. Wichtiger ist die Anwendung der minimalen Narkose bei der Reposition von Knochenbrüchen, speciell der typischen Radius- und der Knöchelfraktur. Jahr aus Jahr ein gehen der Klinik Pat. zu mit dorsalwärts verschobenen Händen und Füßen, die in Abductionsstellung nach Malleolarfraktur geheilt sind. Offenbar sind sich die meisten Aerzte darüber nicht klar, dass der *dislocirte* typische Radiusbruch fast immer ein eingekelter ist; das distale Ende vom oberen Fragment steht im unteren Fragment, ist nicht einfach volarwärts verschoben. Die Reposition eines solchen Bruches setzt unter allen Umständen ein forcirtes Manöver voraus. Die Hand des Pat. muss mit grosser Gewalt zunächst hyperextendirt, sodann ebenso brüsk flectirt werden unter gleichzeitiger Ulnarflexion, um die verhakten Bruchstücke von einander zu lösen, sodann wird abermals sehr gewaltsam das distale Ende vom oberen Bruchstücke dorsal, das untere Bruchstück volarwärts

durch directen Daumendruck geschoben. Ist diese Reposition sachgemäss durchgeführt, so kommt es auf den nachfolgenden Verband gar nicht an. Autor benützt mit Vorliebe die Kramer'sche Schiene, weil sie die Finger frei lässt, aber man kann ebenso gut eine einfach gebogene, selbst eine ganz gerade Schiene anwenden. Wenn die Reposition gut durchgeführt ist, so wird sogar ein Gypsverband ohne Nachtheil ertragen. Autor wendet einen solchen nie an, weil die Schwellung nach der Radiusfractur unberechenbar ist und weil der Gypsverband für die obere Extremität überhaupt viel zu schwer ist. Auch verlangt eben ein Radiusbruch mit Dislocation genaueste Controle. Der Schienenverband muss dick gepolstert und dann zunächst *lose* angelegt werden, nach 3 mal 24 Stunden ist er zu wechseln, nach 4 mal 24 Stunden gleichfalls. Dann pflegt der Bluterguss soweit resorbirt zu sein, dass man auch ohne Röntgenapparat die Stellung der Fragmente genau beurtheilen kann, bis dahin muss der Arm auf wohl gepolsterter Schiene lose liegen; zieht man die Binden fest an, so kommt selbst bei Radiusfractur gelegentlich Greifenklau zu Stande. Nach 8 Tagen kann man die Schiene fester fixiren, nach weiteren 8 Tagen desgl. Drei Wochen nach dem Tage des Unfalls entfernt Autor jeden Verband und beginnt mit Massage, nicht früher, weil eine frühzeitige Massage schmerzt und überflüssig ist. Wichtiger aber als alles dies ist die primäre Reposition, die eben leider meist arg vernachlässigt wird; Pat. jammert, man will ihm nicht gern neue Schmerzen machen, allein tief narkotisiren will der Arzt, und das mit vollem Recht, auch nicht. Für die minimale Narkose, die zur Reposition eines Radiusbruches nöthig ist, bedarf man keines Assistenten. Pat. schreit ganz gehörig, aber post reductionem weiss er nichts vom Schmerz, vorausgesetzt, dass letztere rasch und energisch gemacht wird. Die primäre Ueberstreckung macht man am besten „übers Knie“, dann folgt sofort die Flexion und gleich hernach der Druck mit beiden Daumen, binnen wenigen Secunden ist die ganze Sache erledigt; Pat. wacht längst, wenn der Verband angelegt ist. Noch viel leichter ist natürlich die Reposition eines Knöchelbruches mit Abductionsstellung des Fusses; es fehlt die Verhakung der Fragmente; man braucht



nur mit einem Rucke den Fuss an die Adductionsstellung zu bringen und ihn in derselben zu fixiren, so ist man sicher, dass der Fuss richtig steht und richtig heilt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 27).

**Angina.** Zur Casuistik der A. Vincenti (s. diphtheroides) berichtet Dr. Lämmerhirt (Soltmann'sche Kinderklinik, Leipzig) über einen einschlägigen Fall. Diese zuerst von Vincent beschriebene Form von A., bei uns in Deutschland noch wenig bekannt, ist charakterisirt durch einen membranösen Belag der Tonsillen bei nur geringer Schwellung der Kieferwinkeldrüsen und leichten Allgemeinerscheinungen. Der Löffler'sche Diphtheriebacillus fehlt stets, dagegen lässt sich in dem Belag wie in dem tieferen Gewebe der Tonsille constant der Bacillus fusiformis, allein oder in Gemeinschaft mit Spirillen, nachweisen. Findet sich der Bacillus allein vor, so kommt es nach einigen Tagen zur Abstossung der Membran ohne Substanzverlust und somit schnell zur Restitutio ad integrum; findet er sich hingegen in Symbiose mit den Spirillen, so kommt es vielleicht durch synergetische Wirkung beider Bakterien zur Gewebsnekrose, und es entsteht ein tiefes Geschwür auf den Tonsillen, welches erst nach einigen Wochen zur Abheilung gelangt. In obigem Falle handelte es sich um ein Kind, das am 11. V. unter Halsschmerzen und leichtem Fieber plötzlich erkrankte. Bei der Aufnahme (12. V.) fand sich bei dem sonst gesunden Kinde auf der mässig geschwollenen Tonsille ein oberflächliches, zackig umrandetes Ulcus, dessen Grund von nekrotischem Gewebe bedeckt war; daneben leichte Schwellung der linken Kieferwinkeldrüse, Temp. 38,6°. In den nächsten Tagen nahm die Gewebsnekrose derartig zu, dass das Ulcus fast die ganze Vorderfläche der inzwischen stärker geschwollenen Tonsille einnahm und kraterförmig in die Tiefe ging; dabei kein Fieber, ausser Schluckbeschwerden keine Störungen des Allgemeinbefindens. Vom 16. V. an begann das Ulcus langsam sich zu reinigen, zugleich nahm die Schwellung der Tonsille und der Kieferwinkeldrüse ab. Völlige Restitutio ad integrum erst am 31. V. Die Therapie (Eisravratte und Pinselungen mit Sol. arg. nitr. 3 %) schien wenig Einfluss auf den

Verlauf auszuüben. Bakteriologisch fand sich stets der *Bacillus fusiformis* mit zahlreichen Spirillen, nie der *Diphtheriebacillus*. Das Abweichende des Falles von der Norm lag darin, dass nur *eine* Tonsille von der Erkrankung ergriffen wurde, und dass die rapide Gewebsnekrose es gar nicht zur Membranbildung kommen liess. Vielleicht hatte ein Trauma bei der Nahrungsaufnahme die eine Tonsille betroffen und das aetiologische Moment zur Ansiedelung der Bakterien geliefert.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 25.)

- Zur Behandlung der *A. follicularis* macht Dr. Cassel (Posen) folgende Mittheilung: „Seit zwei Jahren tritt hier im Frühjahr und Herbst epidemisch die *A. follicularis* auf, und zwar in den leichtesten, wie in den schwersten Formen; letztere sah ich selten ohne Nachkrankheiten, welche die Nieren, das Herz und die Gelenke betrafen, verlaufen. Nicht einen Fall aber sah ich, ohne dass nach der Heilung des tonsillaren Processes grosse allgemeine Schwäche zurückblieb, selbst wenn jener nur kurze Zeit dauerte. Während der letzten Epidemie — man darf von einer solchen reden — machte ich die Beobachtung, dass der Nachprocess, das Gliederbrechen, wie wir es so häufig bei der Influenza finden, bedeutend abgekürzt wurde und zuweilen auch gänzlich fehlte, wenn die Pat., selbst in den leichtesten Fällen, das Bett hüteten und reichlich schweren Wein bekamen. Mit den üblichen Gurgel- und Pinselmedicamenten hatte ich keinerlei Erfolg, weder für den localen Process, noch zur Verhütung der Nachkrankheiten, bis ich in einem Falle die Mandl'sche Solution zu meinem nicht geringen anfänglichen Schrecken mit *Tinct. Jodi fortis* verwechselte und nach Betupfen der erkrankten Tonsille über Nacht eine auffallende Besserung sah. Seit dieser Zeit verwende ich bei der folliculären, übrigens auch bei der lacunären *A.* ausschliesslich die *Tinct. Jodi fortis*. Der locale Process heilt, wenn man die Tonsillen 2mal täglich einreibt, in kürzester Zeit. Nachkrankheiten habe ich seither nicht mehr gesehen. — Beachtenswerth sind auch zwei Fälle von *häufig recidivirender lacunärer A.* In dem einen Fall trat die *A.* regelmässig zur Zeit der Menses auf. Seitdem ich in dem einen Falle einen Monat lang, in dem anderen

zwei Monate jeden zweiten Tag die Tonsillen mit Tinct. Jodi fortis betupft hatte, trat — seit  $\frac{1}{2}$  Jahre — kein Recidiv mehr auf. — *Die folliculäre A. ist sicher infectiös*: ich sah sie wiederholt alle Familienmitglieder befallen, und zwar bei den einzelnen recidivierend. Diphtheriebacillen sind nie nachgewiesen worden. Trotzdem muss stets auf strenge Desinfection geachtet werden“.

(Therap. Monatshefte, Juni 1902.)

**Arthritis urica.** Einen grossen Gichtschleimbeutel des Olecranon demonstrierte Engelhardt. Ein 64jähr. Mann, der seit mehreren Jahren an A. leidet, bemerkte seit zwei Jahren am Ellenbogen einen langsam wachsenden Tumor, der keinerlei Beschwerden machte. Ein Arzt machte eine Incision, bei der sich eine weisse breiige Masse entleerte, und schickte den Pat. mit der Diagnose „Atherom“ ins Krankenhaus Bethanien. Der Sitz auf dem Olecranon wäre für Atherom ein sehr ungewöhnlicher gewesen, und es zeigte sich, dass der kleinapfelgrosse Tumor vom Olecranonschleimbeutel ausging. In der Wand desselben befanden sich weisse Einlagerungen, das Innere des ganzen Schleimbeutels war mit einer schneeweissen breiigen Masse ausgefüllt, die sich mikroskopisch als zusammengesetzt aus spitzen Nadeln von harnsaurem Natron erwies. Die Entfernung des Schleimbeutels ging leicht von statten. Interessant ist der Fall einmal deshalb, weil ein Gichtdépôt von ungewöhnlicher Grösse im Schleimbeutel abgelagert wurde, und zweitens, weil dieses Dépôt ohne Schmerzen bestand.

(Wissenschaftlicher Verein der Aerzte zu Stettin. — Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 17.)

— Urol hat Dr. I. W. Frieser (Wien) bei A. mit recht befriedigenden Erfolgen angewandt. Oft trat schon nach kurzer Zeit eine namhafte Linderung, mitunter auch Beseitigung der vorher recht erheblichen Schmerzen und Beschwerden unverkennbar zu Tage, auch das Allgemeinbefinden besserte sich oft rasch. Im acuten Anfall verabreicht, schien das Medicament eine Abkürzung desselben zu bewirken. Es handelte sich um 5 zum Theil recht schwere, auch inveterirte Fälle von A., bei denen das Urol sich als so nützlich erwies.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 48.)

**Augenentzündungen.** Augenarzt Dr. E. Guttman (Breslau) wandte Ichthargan bei 61 Augenkranken an und kam zu folgenden Resultaten. Beim *acuten Katarrh* (Schwellungskatarrh) erwies sich das Mittel als wirksam, ohne aber die bisherigen Mittel entbehrlich zu machen. Auf täglich einmalige Application 1%iger Lösung meist rascher Nachlass der Injection, Schwellung und Secretion. Gute Erfolge insbesondere bei acuten Katarrhen der Kinder mit reichlicher Follikelbildung; die Follikel verschwanden sehr bald, und es blieb nur ein einfacher, leichter Katarrh zurück, der, wie auch in den übrigen Fällen, am besten mit Zink nachbehandelt wird, da auf ihn das Ichthargan, wie auch auf einfachen chron. Katarrh, wenig wirkt. Bei *Dakryocystoblennorrhoe* ist es zur Beseitigung der Eitersecretion sehr nützlich, indem 0,5—1%ige Lösung, einmal täglich eingeträufelt und durch starkes Zwinkern in die Thränenröhrchen aspirirt, den Eiterfluss ziemlich rasch zum Schwinden bringt; das Thränen hört freilich nicht auf. Seine Hauptwirkung aber entfaltet Ichthargan bei den secernirenden Formen des *Trachoms* und vor allem beim *Pannus trachomatosus*, wo es eines der brauchbarsten Mittel ist, die wir zur Zeit besitzen. Die Secretion lässt bald nach, die Hornhauttrübung verschwindet, wenn sie noch frisch ist, oder hellt sich wenigstens, wenn sie schon lange besteht, je nach ihrer Dichtigkeit mehr oder weniger auf, und das Auge wird in einen trockenen, objectiv und subjectiv reizlosen Zustand versetzt. Im Körnerstadium wirkt der Kupferstift freilich besser. Ueber die Dauer der Behandlung mit Ichthargan, die ganz schmerzlos ist (es genügt einmal tägl. Einträufelung 1%iger Lösung) lässt sich nichts Allgemeingültiges sagen; acute Fälle von Pannus werden in wenigen Wochen geheilt, sehr alte (10 und 30 Jahre bestehende) Trachome mit Schrumpfung hat Autor mehrere Monate lang behandelt und nachhaltige Resultate erzielt, wie sich das Mittel überhaupt gerade auch für alte und vernachlässigte Fälle sehr hilfreich erwies.

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 5. VI. 1902).

— Mit **Aspirin** haben Ed. Camera und Arth. Fontana (Turin) bei *rheumatischen und neuralgischen Schmerzen*, welche

Iritis, Irido-Cyclitis, Skleritis, Cornealgeschwüre, Choroïditis so oft begleiten, zum Theil geradezu verblüffende Erfolge erzielt. Das Präparat wurde in Tabletten à 0,5 alle 4 Stunden ordinirt.

(Clinica Oculista, März 1902.)

**Blutungen.** Die Blutstillung bei Haemoptoë ist eine Crux medicorum. Gelatineinjectionen haben sich als wirksam erwiesen, doch haben sie gewisse Unannehmlichkeiten und Gefahren, auch gelangte Stabsarzt Dr. O. Niedner (I. med. Univers.-Klinik Berlin) zu der Vermuthung, dass ihre Wirkung zum Theil auf Ruhigstellung des blutenden Organs beruhe. Es mussten sich also auch *durch rein mechanische Fixirung der erkrankten Seite Lungenblutungen günstig beeinflussen* lassen, vielleicht schon mittelst eines einfachen Verbandes. Letzterer müsste folgenden Forderungen gerecht werden: Er soll

1. bequem und schnell ohne Erschütterung des Pat. anzulegen sein;
2. darf nirgends drücken, soll aber trotzdem
3. die erkrankte Seite kräftig comprimiren und
4. für eine Reihe von Tagen oder besser noch Wochen vorhalten.

Zum Verbande benützte Autor Helfenberger Kautschouk-Heftpflaster, welches in 3 cm breite und etwa 60 cm lange Streifen geschnitten wurde. Zuerst wurde die Lungenspitze comprimirt, indem Autor — Wirbelsäule und Sternum als feste Punkte benützend — die Streifen von der Wirbelsäule (etwa von der Höhe des 3. bis 4. Brustwirbeldornfortsatzes) beginnend über die Spitze unter starkem Zuge nach dem Sternum führte und dann — den vorhergehenden Streifen jeweils halb deckend — die übrigen Streifen gleichfalls unter starkem Anziehen derselben folgen liess. Zum Schutze der Clavicula, event. auch der Spina scapulae, und um gerade auch hier eine kräftige Compression der sie begrenzenden Gruben zu erzielen, wurden entsprechend grosse und feste Watteballen in die betreffenden Gruben gelegt. Dann folgte zur Compression der seitlichen Lungenparthieen eine horizontale Streifenlage, welche an der Wirbelsäule etwa in der Höhe des 3. bis 4. Brust-

wirbeldornfortsatzes beginnend, ebenfalls unter starkem Zuge unter der Achsel fort bis zum Sternum geführt wurde und die erste Tour zum Theil deckte. Die Achselhöhle und Mamilla wurden mit kleinen Watteballen versehen, die Mamma durch ausbiegende Touren umgangen. Vor dem Anlegen wurde jeder Streifen, um die Klebekraft zu erhöhen, durch die Flamme gezogen. Dieser einfache, aus ca. 12 Streifen bestehende Verband liess sich stets schnell bei blosser Aufsetzung des vom Wärterpersonal unterstützten Pat. im Bett ausführen. Autor führt 6 Fälle an, tuberculöse, hartnäckige, mit den bisherigen Mitteln vergebens bekämpfte B., wo dieser Verband überraschend günstig wirkte, sodass Nachprüfung bei Fällen, wo der Sitz oder wenigstens die Seite der B. bekannt ist, geboten erscheint.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 23.)

- Einen Fall von Haematurie bei Barlow'scher Krankheit theilt Dr. A. Freudenberg (Berlin) mit: 11 Monate altes Kind wohl-situierter Eltern, bis dahin gesund, hauptsächlich mit sterilisirter Kindermilch ernährt, leidet seit 5 Wochen an Haematurie, ist auch seitdem sichtlich heruntergekommen und blass geworden. Der Mutter fiel auf, dass es bei Berührung der Beine und des unteren Theiles des Rückens Schmerzen äussert und die Beine sehr wenig bewegt. Mehrfache Urinuntersuchungen haben etwas Eiweiss und rothe Blutkörperchen, aber keine Cylinder finden lassen. Letztere wurden später allerdings entdeckt, aber nur ganz vereinzelt. Das mässige Rhachitis aufweisende Kind lässt auch bei genauer Untersuchung an der Haut einige kleine Haemorrhagieen entdecken, ferner am Zahnfleisch einen geringen sugillirten Streifen. Rechte Niere auf Druck deutlich empfindlich. Pat. erhält 5 mal tägl. 1 Messerspitze, bald auf 5 mal 1 Theelöffel frischer *Bierhefe* steigend, daneben Vegetabilien (Spargelköpfe, Mohrrüben, Schoten, Apfelsinensaft, Apfelmus etc.) und statt sterilisirter Milch frische, nur 10 Minuten gekochte. Rapide Besserung des Allgemeinbefindens, der Schmerzhaftigkeit der unteren Extremitäten, rasches Verschwinden des Blut- und Eiweissgehaltes im Urin. Dauernde Genesung. — Der Fall zeigt, dass, wie Scorbut und

andere mit haemorrhagischer Diathese einhergehende Krankheiten, durch Nierenblutungen zu Haematurie führen können, auch mal die Barlow'sche Krankheit zu letzterer Veranlassung geben kann, ja, dass die Haematurie sogar bisweilen ein so hervorstechendes Symptom dieses Leidens ist, dass man ohne genauere Untersuchung andere Symptome übersehen würde und sie event. nur angedeutet findet; er zeigt ferner, dass die Barlow'sche Krankheit auch nichts anderes als Scorbut oder eine dem Scorbut eng verwandte Affection ist, die auch durch das altbekannte Scorbutmittel, Bierhefe, günstig beeinflusst wird. Dass es sich hier einfach um eine haemorrhagische Nephritis gehandelt haben sollte, erscheint ausgeschlossen, wenn auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung, wie das spätere Auftreten vereinzelter granulirter Cylinder bewies, entzündliche Erscheinungen geringen Grades sich hinzugesellten. Aber abgesehen von den B. an anderen Körpertheilen sprach gegen blosse Nephritis vor allem das zweimal constatirte Fehlen von Cylindern in der ersten Zeit der Erkrankung, das Fehlen aller sonstigen Symptome einer acuten Nephritis, ferner die relative Geringfügigkeit des Eiweissgehaltes, der dem Blutgehalte des Urins entsprach, aber für eine acute haemorrhagische Nephritis nicht genügen würde, endlich die prompte Wirkung der antiscorbutischen, nicht antinephritischen Therapie, die Blut- und Eiweissgehalt im Urin vollständig parallel zum Sinken und baldigen Verschwinden brachte. In den letzten Jahren wurden mehrfach Fälle von „essentieller Haematurie“, „renal Haemophilie“, „Blutungen aus anatomisch unveränderten Nieren“, „angioneurotischer Haematurie“ publicirt. Vielleicht hat es sich da auch öfters um eine der Krankheiten von haemorrhagischer Diathese gehandelt mit besonderer oder ausschliesslicher Localisation in einer Niere. Hätte die genauere Untersuchung in obigem Falle nicht minimale Spuren von B. auch an anderen Körpertheilen aufgedeckt, so hätte man ja ebenfalls an „essentielle Haematurie“ gedacht. Es folgt daraus die Nothwendigkeit, in allen ähnlichen Fällen auf solche anderweitige B. zu fahnden und event. eine antiscorbutische Therapie einzuschlagen.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1902 No. 12.)

- Ein **neues Ergotinpräparat**: *Ergotin. Lipsiense St. Jacob* empfiehlt Oberapotheker Dr. C. Stich (Laboratorium des städt. Krankenhauses Leipzig). Neu ist dasselbe eigentlich nicht, denn es wird schon jahrelang von Prof. Zweifel, Menge, Krönig, sowie im Städt. Krankenhause benützt, wobei die Promptheit der Wirkung, die Schmerzlosigkeit der Injection, das Fehlen von Nebenerscheinungen angenehm empfunden, das Präparat als sehr günstig wirkend bezeichnet wurde. Auf Stich's Veranlassung wird es jetzt von Apotheker Kunze, Hirsch-Apotheke in Leipzig in den Handel gebracht. 1 ccm Ergotin = 1 g Mutterkorn.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 28.)

- Als **Metrorrhagia praetuberculosa** bezeichnet E. Szántó Uterusblutungen, welche als Vorläufer einer Phthise auftreten. In der Lunge selbst ist objectiv noch nichts nachzuweisen, auch Allgemeinerscheinungen von Tuberculose fehlen noch, und man ist geneigt, die B. doch auf eine Genitalerkrankung zu schieben, bis dann plötzlich Lungensymptome sich geltend zu machen beginnen und zeigen, dass die B., gleich der Dyspepsia praetuberculosa, nur ein Symptom sind, das der tuberculösen Infection kürzere oder längere Zeit, vorausgeht. Solche Fälle, die Autor mehrfach beobachtete, sind deshalb praktisch wichtig, weil man hier eine conservative Behandlung innezuhalten hat; auch durch frühzeitiges Curettement schadet man den Pat.

(Gyógyászat 1902 No. 23. —  
Ungar. med. Presse 1902 No. 16.)

**Cholelithiasis.** Eine wirksame Methode, Ch. zu verhüten, resp. zu bekämpfen will Dr. Walter Nic. Clemm gefunden haben. Aus Barbèra's Untersuchungen der gallentreibenden Wirkung der drei grossen Nahrungsmittelgruppen geht hervor, dass Förderer eines steten Gallenflusses in erster Linie Fettnahrung ist, einen energischen Reiz in dieser Beziehung die Eiweisse darstellen, während die Kohlenwasserstoffe bezüglich Anregung des Gallenflusses sich indifferent verhalten. Damit ist eine diaetetische Prophylaxe und Therapie der Ch. uns an die Hand gegeben; auch der Umstand, dass das weibliche Geschlecht und das höhere



Alter so ungleich öfter von der Ch. befallen werden, findet hier eine weitere Erklärung: das Alter wendet sich, zum Theil schon wegen der Erschwerung des Kauens, den vom weiblichen Geschlecht von vornherein meist so bevorzugten Kohlehydraten zu; treten zu infolgedessen träge gewordenem Gallenfluss noch die bekannten Schädlichkeiten anderer Art hinzu, so ist eine Bakterienentwicklung und Steinbildung in der stockenden Flüssigkeit leichter möglich, als wenn die Galle flott strömt. Nach Happel's Versuchen ferner vermögen Olein etwa 5%, gallensaure Salze etwa 10%, Seife etwa 50% des Eigengewichts an Cholestearin in Lösung zu erhalten, und fanden sich diese Substanzen in normaler Galle etwa in diesem Verhältniss. Diese Thatfachen beschloss nun Clemm neben den diätetischen Maximen, welche Barbéra's Arbeit an die Hand gab, nutzbar zu machen. Die Oelcur ist ein Barbarismus, zudem enthält Olivenöl nur ca.  $\frac{2}{3}$  Olein; dieses hat nur den 10. Theil an cholestearinlösender Kraft wie Seife. Um also dieselbe Wirkung wie mit einem Esslöffel Seifenlösung zu erzielen, müssten ca. 200 ccm Olivenöl (3 mal täglich wochenlang!) genommen werden! Das von Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. dargestellte *Eunatrol* (saures ölsaures Natron) hat, wie Versuche verschiedener Autoren gezeigt haben, exquisit gallentreibende Wirkung. Diese Seife gab nun Clemm in Lösung; indem er 20 Tropfen Ananasessenz einer Emulsion von 10 g Eunatrol und 5 g Tct. Valerian. in 150 g Aq. Menth. zusetzte, erzielte er eine Arznei, die leidlich gut sich nehmen liess, und wie Experimente mit Gallenconcrementen zeigten, deutliche Erweichung der Concremente, allmähig Zerfall derselben in einen Brei bewirkte. Auch im menschlichen Körper musste also wohl eine lange Zeit fortgesetzte Aufnahme von Eunatrol die Steine zerkleinern und erweichen, und, bei der gleichzeitig galletreibenden Wirkung, alsdann auch austreiben. Indem Autor in allen Fällen, die den geringsten Verdacht auf Ch. darbieten, von vornherein die Diätregelung in der Weise vornimmt, dass er vor Schlafengehen unabgerahmte Milch mit einem Butterbrod — um den Gallenfluss während der Nacht aufrecht zu erhalten — nehmen und beim ersten Frühstück sogleich mit eiweisshaltiger Kost beginnen lässt, erfolgt die

Speiseordnung im Uebrigen in bekannter Weise. Nimmt man noch systematisches Tiefathmen und sonstige Zwerchfellgymnastik resp. Erleichterung der Zwerchfellathmung hinzu, so ist prophylaktisch das Wichtigste gethan. Die Cur gegen die festgestellte Ch. hat — ausser Trinkcur, Kataplasmen etc. — alsdann zunächst die Gabe von 3 Esslöffeln der Eumatrolmixture ins Auge zu fassen, und zwar Abends vor dem Schlafengehen und Morgens nüchtern, zur Mittagsmahlzeit; dieser letzte Esslöffel bleibt bei Besserung weg, doch Abends und Morgens der Esslöffel muss noch 4—6 Wochen, der Abendlöffel mindestens 3 Monate lang genommen werden. Auf diese Weise sind alle Fälle reiner Ch. heilbar, auch hartnäckige.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 4.)

**Diabetes.** Roborat-Diabetiker Gebäck empfiehlt P. Jacobsohn. Die bisherigen Surrogate für Brot waren ziemlich unvollkommen. Das Ebstein'sche Aleuronatbrot ist von unzuverlässiger Zusammensetzung, indem jeder Bäcker nach Gutdünken handelt. Denn Aleuronat ist theuer, und der Geschmack leidet bei mehr als 15% Zusatz; der Kohlehydratgehalt ist im Allgemeinen 40—48% gegenüber 50% des gewöhnlichen groben Roggenbrotes. Noch ungünstiger ist das Verhältniss bei wasserarmen Dauergebäcken (Cakes, Zwieback etc.). Auch die von Leyden empfohlenen Mandelgebäcke können nicht als Brotsurrogat dienen, weil sie einen kuchenartigen Geschmack besitzen; sie sind aber ziemlich kohlehydratfrei und können zur Abwechslung herangezogen werden. Dem Aleuronatbrot gegenüber hat das von v. Noorden empfohlene Rademann'sche wohlschmeckende Diabetiker-Schwarzbrot nur 30% und die Diabetiker-Stangen nur 26% Kohlehydrate; das Diabetiker-Weissbrot hat keinen Vorzug. Das neue Roboratgebäck nun stellt einen bedeutenden Fortschritt dar. Das Roborat zeichnet sich durch Backfähigkeit aus, das hergestellte Brot behält den Gebäckgeschmack, das Schwarzbrot enthält nur 18%, das Weissbrot 20%, die Stangen 17½%, Zwieback 18% Kohlehydrate; trotzdem haben sie guten Geschmack, besitzen lange Haltbarkeit, sättigen stark, sind nicht nur reich an Eiweiss, sondern auch an Fett (11—12%), während

gewöhnliches Brot davon nur  $\frac{1}{2}\%$  besitzt, schmecken aber nicht nach Fett und gewinnen durch Bestreichen mit Butter an Geschmack. Zudem steht die Darstellung dauernd unter chemischer Controlle.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 24. III. 1902. —  
Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 28.)

- **Kohlehydratfreies Brot für Zuckerkrankte („Anamyl-Brot“)** empfiehlt Dr. L. Sarason (Berlin). Das einzige bisher bekannte, ziemlich kohlehydratfreie Gebäck ist das sogen. „Mandelbrot“, von Pokorny (Teplitz), F. W. Gumpert (Berlin), Rademann (Frankfurt a. M.) in ausgezeichneter Güte fabricirt, jedoch mit „Brot“ nicht die geringste Aehnlichkeit besitzend, sondern wie Kuchen oder Biscuit schmeckend. Dennoch ging auch Sarason bei der Herstellung des neuen Brotes von der Mandel, resp. vom Mandelmehl aus, suchte aber den Kuchengeschmack in einen Brotgeschmack umzuwandeln und die in der Mandel noch vorhandenen ca.  $7\%$  Zuckerstoffe ganz zu beseitigen. Schon durch Mischen des Mandelmehles mit  $20\%$  Roborat und Hinzufügung von etwas Salz wird der Geschmack des Gebäcks etwas mehr brotartig; jedenfalls macht die Umwandlung der Mischung in einen normalen elastischen Teig in Folge des Roboratgehaltes keine Schwierigkeiten. Um aber dem Gebäck wirklichen Brotgeschmack zu ertheilen, teigte Autor die Roborat-Mandelmehlmischung nicht mit einfachem Wasser an, sondern mit „Sauerwasser“, das er sich in der Art herstellte, dass er kräftig gegohrenen Sauerteig in Wasser vertheilte, absetzen liess und auf diese Weise das Wasser mit den aromatischen und schmeckenden Stoffen des Sauerteigs sättigte. Es erübrigte noch, die Zuckerstoffe der Mandeln zu beseitigen. Von der üblichen Methode, mit angesäuertem Wasser die Mandeln auszuziehen, nahm Autor Abstand, weil hierdurch eine Menge in Lösung gehender Eiweissstoffe unnützerweise mitbeseitigt werden; er zerstörte vielmehr den Zucker durch intensive Hefegährung, indem er den Teig mit Hefe ansetzte, solange gähren liess, bis der Teig wieder zusammenfiel und ihn dann vor dem Backen noch einmal durcharbeitete. Das auf diese Weise hergestellte Brot verräth seine Herkunft von Mandeln in keiner Weise mehr, schmeckt durchaus brotähnlich und ent-

hält nur Spuren von invertirbaren Kohlehydraten (ca. 0,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); es ist auch ca. 14 Tage lang haltbar. Das „Anamyl-Brot“ wird hergestellt von F. W. Gumpert (Berlin C.), der auch die fertige Mandelmehl-Roboratsmischung nebst Kochrecept zur Herstellung im eigenen Haushalt liefert.

(Deutsche Medicinal-Zeitg. 1902 No. 52.)

**Diphtherie.** Einen Fall von Herztod nach D. trotz Serumanwendung erlebte Dr. M. Sussmann (Wriezen). Ein 7jähr. Kind erkrankte an Rachendiphtherie. Am zweiten Tage Injection von 1000 I.-E. Serum. Drei Tage später Heilung der D., doch Gaumenlähmung, die bei entsprechender Behandlung nach 14 Tagen ebenfalls abgeheilt ist. Pat. besucht die Schule wieder, doch nach 14 Tagen entwickeln sich Abducenslähmung und Gaumenparese und verdächtige Erscheinungen am Herzen. Trotz sofortiger therapeutischer Maassnahmen rapide Verschlechterung des Zustandes, Entwicklung einer Bronchopneumonie unter zunehmenden Symptomen von Herzschwäche. Nach wenigen Tagen stirbt Pat. unter den charakteristischen Zeichen der Herzlähmung. — Das Serum hatte sich hier gegen den diphtheritischen Process selbst durchaus bewährt, wie Autor überhaupt damit bei Rachendiphtherie, wie auch bei Croup, selbst in Fällen, wo schon die Tracheotomie als Rettungsmittel ins Auge gefasst war, die besten Erfahrungen gemacht hat. Er erwartete von dem Mittel, dass es auch die Pat. vor den weiteren Gefahren, speciell vor der Herzlähmung schützen würde. Dass *darin* das Serum nicht zuverlässig ist, bewies ihm dieser Fall, wo trotz rechtzeitiger Anwendung genügender Mengen desselben die Gefahr nicht beseitigt ward.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 2.)

- Einen Beitrag zur Statistik der Diphtheriemortalität in Deutschland liefert Dr. Erich Müller (Berlin). Derselbe stellte statistische Erhebungen an, die sich auf die deutschen Städte erstrecken, welche im Jahre 1900 40 000 und mehr Einwohner besaßen. Die Erhebungen umfassen einen Zeitraum von 12 Jahren, und zwar die letzten 6 Jahre der Vorserumperiode (1889—1894) und die 6 Jahre der Serumperiode (1895—1900). Es

sind 90 auf alle Theile Deutschlands verstreute Städte, nahezu 10 Millionen Menschen, also  $\frac{1}{5}$  der gesammten Bevölkerung Deutschlands, die hier als Material herangezogen werden und als Unterlage für folgende Schlüsse dienen:

1. Mit dem Jahre 1895 ist eine rapide Abnahme der Todesfälle an Diphtherie gegenüber den früheren Jahren eingetreten, die Diphtheriemortalität ist um etwa  $\frac{2}{3}$  gesunken. Diese rapide Abnahme übertrifft bei weitem auch das günstigste Jahr der Vorserumperiode.

2. In der Vorserumperiode schwanken die Todesfälle von Jahr zu Jahr um ein Beträchtliches, günstige Jahren folgen ungünstigen, und umgekehrt.

3. Diese Schwankungen sind seit 1895 nahezu verschwunden, an ihre Stelle ist eine andauernd fortschreitende Besserung in der Diphtheriemortalität getreten.

4. Es ist seit dem Jahre 1895 ein neuer, die Diphtheriemortalität energisch beeinflussender Factor hinzugetreten, und zwar ein wirksamerer, als derjenige, welcher die Schwankungen der früheren Jahre bedingt hat.

5. Dabei hat sich der Einfluss der Jahreszeit auf die Diphtheriesterblichkeit seit dem Jahre 1895 nicht geändert.

6. Diese rapide, sturzartige Abnahme der absoluten Anzahl der Diphtherietodesfälle im Jahre 1895 fällt fast mathematisch genau zusammen mit der allgemeinen Anwendung des Behring'schen Diphtherieheilserums.

7. Es ist deshalb mit Sicherheit anzunehmen, dass dieses die Diphtheriemortalität so auffallend günstig beeinflussende Moment das Diphtherieheilserum ist.

8. Die sich auf eine Bevölkerung von rund zehn Millionen Einwohnern und auf einen Zeitraum von zwölf Jahren erstreckende Statistik lässt jede Befürchtung, es könne sich um Zufälligkeiten oder um eine jener bekannten periodischen Schwankungen in der Ausbreitung von Infectiouskrankheiten handeln, auf ein Minimum herabsinken.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902 Bd. 55 Heft 4.)

**Gonorrhoe.** Ichthargan wandte Dr. Fr. Rudolf (Wien, k. k. Krankenhaus Wieden) im letzten Jahre bei 75 Fällen von *G. acuta* von Männern an. Zunächst bei ganz frischen, uncomplicirten Fällen von *Urethritis anter. acuta*. Hier wurden täglich 4—6 Stück Capseln mit Ol. Santal. 0,4 gegeben und Ichthargan (0,02 : 100,0) zu protrahirten (10—15 Minuten) Injectionen 4 mal tägl. angewendet. Wo eine reichliche Absonderung von grün-gelbem Eiter bestand, rapide Abnahme der Secretion, sodass in 3—6 Tagen bloss ein schleimiger Tropfen Morgens beobachtet wurde. Manchmal trat zwar eine leichte Trübung der zweiten Urinportion in den ersten 3 Tagen ein, jedoch verschwand dieselbe den nächsten Tag von selbst oder nach Aussetzen der Injectionen in 24 Stunden. Nach Wiederaufnahme der Injectionen blieb die zweite Urinportion stets klar. Wurde nun die Ichthargantherapie fortgesetzt, wobei nach 4—5 Tagen eine stärkere Lösung (0,03 : 100,0 3 mal tägl.) benützt wurde, so sistirte nach 10—21 Tagen der Ausfluss gänzlich, der Urin wurde ganz klar, Pat. konnten geheilt entlassen werden. Bei anderen blieb die Secretion nach 10—14 Tagen nur noch als stetiger, schleimiger Morgentropfen, und die erste Urinportion enthielt fortgesetzt Fäden, zum grössten Theil nur aus Epithelien, auch aus wenigen Eiterzellen bestehend, jedoch keine Gonokokken enthaltend. Hier wurden nun Adstringentien, oder, wo noch Eiterzellen bestanden, Höllensteinin-stillationen mit der Ultzmann'schen Spritze verordnet. Bei wenigen Pat. dauernde Trübung beider Urinportionen, sodass man zu Protargolinjectionen ( $\frac{1}{4}\%$ ) überging. Auch bei *Urethritis posterior* wurde Ichthargan, nachdem der Harndrang nachgelassen, angewandt (daneben intern Inf. Herb. Herniar. et Fol. uvae ursi aa und 3 g Natr. salicyl. pro die). Auch hier rasches Versiegen der Secretion und Klarwerden des Urins. Complicationen traten nicht mehr, als bei anderen Mitteln auf, und nach abgelaufenen Complicationen rief Ichthargan keine Reizung hervor und entfaltete volle Wirkung. Es zeigte sich also nicht als Specificum, wohl aber als ein Mittel, das gut vertragen wird, die Secretion rapid zum Verschwinden bringt, ebenso meist die Eiterung. Auch bei *G. der Frauen* bewährte es sich; bei reichlich secernirenden Urethritiden in Form der Janet'schen

Spülungen (0,02 : 100,0) applicirt, (1 mal täglich) brachte es in 10—14 Tagen eine Umwandlung des eitrigen Ausflusses zu Stande, wonach Adstringentien angewandt wurden.

(Wiener med. Presse 1902 No. 28.)

- Die **Behandlung der weiblichen Gonorrhoe** von Dr. R. Savor (Fortsetzung): Die gonorrhoeische *Vaginitis* ist meist eine *secundäre*, veranlasst durch das darüberfließende Secret aus der Cervix. Erst wenn letztere ausgeheilt ist, kann man also einen Dauererfolg bei Behandlung der G. der Vagina erwarten. Die meist geringen subjectiven Symptome der Vaginitis bringt man zum Verschwinden, indem man das Cervixsecret durch mehrmals täglich ausgeführte Scheidenspülungen aus der Vagina fortschafft. Diese Spülungen können von der Pat. selbst gemacht werden: lauwarm ( $26-28^{\circ}$  R.) unter  $\frac{3}{4}$ —1 m Druck, jedesmal wenigstens 1 Liter schwach desinficirender Lösungen, wie Sublimat (1 : 2000—3000), Lysol, Lysoform, Creolin ( $\frac{1}{2}$ —1%). Nach dem Verschwinden der subjectiven Symptome geht man zur Verwendung von Adstringentien über, um durch deren Einwirkung auf die Schleimhaut diese gegen die Reizwirkungen des Cervixsecrets widerstandsfähiger zu machen. Man verwendet Tannin ( $\frac{1}{2}$ —1%), Abkochungen von Eichenrinde, Weidenrinde, russischem Thee, dann Alum. ust. (1 Kaffeelöffel bis 1 Esslöffel auf 1 L. Wasser) Cupr. s. Zinc. sulfur. ( $\frac{1}{2}$  Kaffeelöffel auf 1 L.) oder Combinationen, wie

Rp. Cupr. sulf. 25,0

Alum. crud. 15,0

M. f. pulv. Divid. in dos. No. 15.

S. 1 Pulver auf 1 L. Wasser.

Die *primäre* gonorrhoeische Vaginitis kommt besonders bei Blondinen und anaemischen Pat. vor, deren zarte Schleimhäute der directen Invasion des Gonococcus zugänglich sind. Sie ist weit seltener, als die secundäre. Das acute Stadium zeigt oft so lebhaftere Entzündungserscheinungen, dass die Einführung eines Speculums, ja selbst eines Mutterrohres unmöglich ist und unter strenger Bettruhe sowie Abspülungen des äusseren Genitales der Ablauf desselben abgewartet werden muss, um nur eine Untersuchung, genauere Diagnose und

dann active Therapie ins Werk setzen zu können. Von bester Wirkung sind durch den Arzt unter Anwendung des Speculums auszuführende Scheidenspülungen mit Sublimat (1:1000), wobei unter entsprechender Verschiebung des Speculums alle Buchten und Winkel mit einem Wattebausche gründlich abgerieben werden; danach legt man einen mit Jodoform, Dermatol, Xeroform etc. tüchtig bestreuten Tampon ein, der nach zwölf Stunden entfernt wird. Den Pat. verschreibt man zur Ausspülung Kal. permang. (1:2000—3000), bei stärkerer Schwellung und Hypersecretion:

Rp. Alum. crud. 10,0

Plumb. acet. basic. solut. 100,0—150,0

S. 1—3 Kaffeelöffel auf 1 L. Wasser.

Im subacuten Stadium ersetzt man die Sublimatpülungen durch solche mit Chlorzink (1 Esslöffel einer 50%igen Lösung auf 1 Liter), ferner wendet man an Eingiessungen von rohem Holzessig, Einlegen von Wattetampons, getränkt mit 5%iger Jodkaliumglycerin- oder 5—10%iger Ichthyolglycerinlösung oder 10%iger Protargolglycerinlösung; auch Bepinselungen der Vagina mit 5—10%iger Lapislösung sind am Platz.

(Die Heilkunde 1902 No. 3.)

### **Hemicranie.** Ueber 3 seltenere Fälle berichtet Privatdoc.

Dr. Pässler (Medic. Klinik Leipzig). In dem ersten handelte es sich um einen sonst gesunden jungen Mann, dessen Mutter an H. leidet. Er bekam unmittelbar nach einem Sturz zuerst einige Wochen hindurch häufige, aber ganz leichte, kaum charakteristische Migräneanfälle. Sodann stellten sich plötzlich ohne jeden Uebergang vollständige Anfälle schwerer Art ein. Dieselben bestanden aus einer sensorischen Aura, die von einer mitunter noch in den eigentlichen Anfall hineinragenden visuellen Aura gefolgt oder seltener begleitet war. Auf die sensorische Aura folgte eine aphasische Sprachstörung. Sodann begann der eigentliche hemicranische Anfall mit Uebelkeit und Erbrechen reichlicher Mengen salzsäurefreier Flüssigkeit. Gleichzeitig traten die allmählich zunehmenden Kopfschmerzen auf, die zwar stets auf der einen Seite vorhanden, aber auf der vorausgegangenen gegenüberliegenden Seite heftiger waren. Nicht



bei allen Anfällen traten hierzu noch vasomotorische Störungen, bestehend in einer auf den Kopf beschränkten anfänglichen Gefäßverengung, späteren starken Erweiterung ohne Schweisssecretion. Neben der Gefässerweiterung sah man in einem Anfalle die Pupille auf der stärker von Kopfschmerz betroffenen rechten Seite deutlich weiter als die linke; Reaction auf Licht und Convergenz beiderseitig gut erhalten. Im 3. Falle waren bei einem 38 jähr. früheren Bleiarbeiter, der nur ganz vorübergehend einmal an leichter Bleikolik gelitten, jetzt keine Erscheinungen von Bleiintoxication bot, seit 2 Jahren schwere nervöse Symptome aufgetreten, bestehend aus sehr häufigen Migräneanfällen, die regelmässig links sassen, vom Hinterkopf ausgingen und von eigenthümlichen Störungen der Motilität begleitet waren, die ausgesprochen das Symptomenbild der cerebellaren Ataxie boten. Zu einer Zeit, wo die Migräneanfälle fast täglich auftraten, fehlte die Bewegungsstörung auch in den Zwischenpausen zwischen den Schmerzattaquen nicht ganz, dagegen verlor sie sich sofort, als unter dem Einflusse von Chinin und Krankenhausbehandlung die H. schwand. Mit dem Anfalle verbanden sich regelmässig vasomotorische Symptome in Gestalt von Gefässerweiterung auf der befallenen Seite. Während der Periode der gehäuften Anfälle Sehnenreflexe hochgradig gesteigert. In Fall 1 ist die Entstehungsgeschichte sehr interessant. Nach Möbius spielt die Vererbung, und zwar die gleichartige Vererbung, bei der H. die Hauptrolle. Haben die Pat. die „specifisch migränöse Abweichung des Centralnervensystems“ ererbt, so können die mannigfaltigsten Schädigungen des Gesamtorganismus oder Centralnervensystems das Auftreten von Anfällen auslösen. Unter diesen Gelegenheitsursachen findet man das *Trauma* auffallend selten. Bei obigem erblich belasteten Pat. waren unmittelbar nach einem Sturze vom Fahrrad, angeblich zum ersten Male im Leben, Kopfschmerzen aufgetreten, die wohl schon als leichte Migräneanfälle gedeutet werden dürfen. Wenige Wochen später setzten ohne Uebergang die gehäuften schweren und vollständigen Anfälle ein und sind dann bei geeigneter Behandlung rasch wieder, bis jetzt spurlos, verschwunden. Wenn hier die Entscheidung getroffen werden müsste,

ob die H. als Unfallfolge angesehen sei, so müsste dies bejaht werden. Bemerkenswerth waren ferner die Pupillenverhältnisse bei den beiden ersten Fällen. Im ersten dürfen wir wohl die Pupille der stärker erkrankten Seite als die veränderte ansehen, wir hätten es also mit einer Pupillenverengung zu thun. Pat. hatte ausserhalb der Anfälle völlig gleichweite Pupillen. Nach Schwarz besteht ein Zusammenhang der Pupillenveränderung mit der Gefässerweiterung im Gesicht. Für obigen Fall steht dieser Erklärung das Bedenken gegenüber, dass die Röthung der Haut wie gewöhnlich beide Gesichtshälften gleichmässig betraf, während die Pupillenverengung nur auf der Seite der stärkeren Kopfschmerzen zu finden war. Will man da nicht, trotz der beiderseits gleichen Gefässerweiterung, eine stärkere Beeinträchtigung des rechten N. sympathicus annehmen, so musste man auf die von Möbius für solche Fälle ausgesprochene Vermuthung zurückgreifen, dass der Schmerz in der Augengegend als solcher die Pupillenveränderung hervorruft, ebenso wie auch andere schmerzhaftes Erkrankungen am Auge oder dessen Umgebung das Sehloch verengern. Im 2. Falle fand sich beiderseitige Pupillenerweiterung mit Aufhebung der Lichtreaction. Nach Schwarz sieht man das Phaenomen bei „spastischer Migräne“, also bei denjenigen Anfällen, die mit Erblässen des Gesichts einhergehen. Auch bei Autors Pat. wurde im Beginn des Anfalls Gefässverengung beobachtet, die aber bald von Erweiterung gefolgt wurde, während die normale Grösse und Beweglichkeit der Pupillen erst nach Ablauf des ganzen Anfalls wieder constatirt werden konnte. Dass trotzdem die Functionsstörung im Sympathicus zu den Pupillenerscheinungen in Beziehung stand, wird dadurch wahrscheinlich, dass die letzteren in solchen Anfällen fehlten, wo auch das anfängliche Erblässen und das nachfolgende Rothwerden des Gesichts vermisst wurden. Die Erklärung ist auch hier keine einfache. Von besonderem Interesse ist das Verhältniss der Localisation der Aura zum Auftreten der aphatischen Störung. Liveiing beobachtete die Aphasie unter 12 Fällen von sensorischer Aura 7mal nach rechtsseitigen, 4mal nach doppelseitigen Paraesthesieen. Möbius sah bei einer Kranken mit einem bald von rechts, bald von

links auftretenden Flimmerscotom die Sprachstörung nur dann, wenn das Scotom von rechts her kam. Auch bei obigem Pat. handelte es sich in der Regel um rechtsseitige sensorische Aura; dann machte sich bald dem Pat. selbst die Sprachstörung bemerkbar. Diese localen Beziehungen bestätigen die Annahme, dass es sich bei der im Migräneanfall auftretenden Aphasie um eine Störung handelt, welche im Sprachcentrum abläuft. Fast ein Unicum ist die Gleichgewichtsstörung im 3. Falle. Nur von Oppenheim stammt eine ähnliche Beobachtung, die er als „Hemicrania cerebellaris“ bezeichnete. Bemerkenswerther Weise nahmen bei obigem Pat. die Kopfschmerzen stets vom Hinterkopf ihren Ausgang.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 26.)

- Ueber **Kopfschmerzen im Zusammenhang mit Augenstörungen** lässt sich Augenarzt Dr. Hirsch (Halberstadt) aus. Es ist dies ein für den prakt. Arzt sehr wichtiges Capitel, das er beherrschen muss, will er sich vor Irrthümern, die Pat. vor Schaden bewahren. Von den Brechungsfehlern des Auges giebt am häufigsten die *Hyperopie* Veranlassung zu Kopfschmerzen. Handelt es sich um jugendliche und kräftige Individuen, so wird ein mässiger Grad von Uebersichtigkeit bei Beschäftigung mit groben Arbeiten im Allgemeinen ohne Beschwerden ertragen. Wird aber der Accommodationsmuskel stundenlang bei gewerblicher Beschäftigung oder häuslichen Handarbeiten contrahirt, so bewirkt die Ueberanstrengung Schmerzen in den zugehörigen sensiblen Nerven des 1. Astes des Trigeminus, dem N. supra-orbitalis und N. frontalis, also in der Stirngegend, es verbreiten sich die Kopfschmerzen durch Anastomosen zwischen N. frontalis und N. occipitalis magnus bis in den Hinterkopf, ja zuweilen sogar bis in die Schultergegend. Ausserdem tritt bald eine Erschlaffung des angespannten Accommodationsmuskels und damit „Verschwommenheit“ der Schrift oder Näharbeit ein, bis der Muskel nach einer Ruhepause wieder für einige Zeit zu functioniren vermag. Ein ganz geringer Grad von Hyperopie, welcher in gesunden Tagen ohne Beschwerden überwunden wird, ja sogar der emmetropische Zustand der Augen giebt ferner zu den genannten

Störungen Anlass, sobald eine allgemeine Schwächung des Körpers eintritt. So beobachtet man Accommodationschwäche und deren Folgen in der Pubertätszeit bei beiden Geschlechtern, ferner nach Entbindungen, während langer Lactation, nach schweren Krankheiten, bei Diabetes, nach durchwachten Nächten, Aufregungen etc. Diese „*Asthenopia accommodativa*“, bei der die Pat. während oder nach der Arbeit, oft auch erst am folgenden Morgen von Kopfschmerzen geplagt werden, wird oft falsch beurtheilt, die Pat. schreiben ihre „Migräne“, „Kopfreissen“, „Fluss“ etc. dem Aufenthalt im Zimmer, dem Staub bei der Arbeit zu, weil im Freien (wo die Accommodationsanstrengung aufhört) die Schmerzen verschwinden. Aerztlich wird leider die Vornahme einer Sehprüfung unterlassen, die Kopfschmerzen mit Migränin, Antipyrin, Elektrizität etc. behandelt, während hier nur eine Convexbrille die Beschwerden zum Verschwinden bringt. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei *hyperopischem Astigmatismus*, nur dass hier Kopfschmerzen und Schwindel schon dann auftreten, wenn nicht beständig sorgfältig bestimmte corrigirende Gläser getragen werden. Auch bei *Myopen* bewirken zuweilen unvollständig corrigirende Gläser Kopfschmerzen, besonders bei intelligenten Pat., welche sich die undeutlichen Netzhautbilder durch Zusammenkneifen der Lider verbessern; das dauernde Blinzeln bewirkt Ermüdung und Schmerzen, die durch vollcorrigirende Gläser beseitigt werden. Bei chron. *Glaukom* kommen häufig genug Schmerzen einer Gesichts- oder Kopfhälfte vor, wobei die Pat. die gleichzeitige Verschlechterung des Sehvermögens entweder gar nicht beachten oder nur als secundäre Erscheinung auffassen. Sobald man bei anfallsweisen Kopfschmerzen Uebersichtigkeit findet, muss man deshalb immer an Glaukom denken und womöglich während eines Anfalls untersuchen. Während Fuchs behauptet, Glaukom komme im Kindes- und Jünglingsalter nicht vor, beobachtete Autor ein solches bei einer 20jähr. Arbeiterin, die seit einem Jahre leichte Anfälle hatte und durch Iridektomie geheilt wurde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 27.)

**Intoxicationen.** Ueber acute Phosphorvergiftung lässt sich Gilbert aus anlässlich zweier Beobachtungen. Dieselben betrafen Selbstmörderinnen, bei denen Autor

erst spät die Diagnose stellen und therapeutisch eingreifen konnte. Die eingeführte Phosphormenge war beide Male eine enorme. Die eine Frau hatte die mit dem Messer abgeschabten Kuppen dreier Paquete Streichhölzer in Wasser gelöst getrunken, die andere die mit dem Messer abgeschnittenen phosphorummkleideten Holzkuppen von vier Paqueten trocken geschluckt. In beiden Fällen hätte der schnelle Tod unfehlbar folgen müssen, wenn nicht die rapid,  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde nach der Giftaufnahme, eintretende acute Gastritis den Magen durch reichliches, 10—15 mal pro die erfolgtes Erbrechen von der Hauptmasse befreit hätte. Autor sah die Pat. erst am 5. resp. 3. Tage, sah also nichts von dem zuerst Erbrochenen etc. Was er später sah, war nicht mehr charakteristisch. Nachdem die schwere acute Gastritis dem Einverleiben des Giftes unmittelbar gefolgt, so vergingen doch noch 36—48 Stunden, während derer die kräftigen Frauen fähig waren, sich auf den Beinen zu halten und ihren häuslichen Pflichten nachzugehen. Nach 2 Tagen zwang beide die zunehmende Entkräftung zur Bettruhe, aber erst das fortgesetzte Erbrechen mit Magenschmerzen der folgenden Tage führte dazu, ärztliche Hülfe nachzusuchen. Beide Frauen waren alte Bekannte des Autors, sie verschwiegen, ja leugneten jede selbstmörderische Einverleibung von Gift, so konnte mangels charakteristischer Zeichen des Erbrochenen, das jetzt nur gallig und etwas blutig war, Autor erst am 6. Tage, in dem einen Falle einen, im anderen erst 3 Tage nach seiner Hinzuziehung die Diagnose stellen, als nämlich die beginnende Leberschwellung nebst Icterus darauf stiessen. War bis Ende des 5. Tages das Krankheitsbild in beiden Fällen nicht beängstigend, so begann nun der Symptomencomplex sich blitzartig zu vervollständigen und rapid sich zu steigern; binnen noch nicht 24 Stunden war alles da, was zur typischen Phosphorvergiftung gehört: Theilnahmslosigkeit, Trübung des Sensoriums, stundenweise völliges Erlöschen desselben, stellenweise motorische Unruhe, Durst, Nasen- und Uterusblutung, subcutane Haemorrhagieen, Herzschwäche, Magenschmerzen, dazu eine Leber, die innerhalb dreier Tage bis handbreit unter den Nabel sich vergrösserte, Icterus. *Am 6. Tage erst kam also die Therapie in Betracht!* Was war zu

thun? In Anbetracht dessen, dass 6 Tage nach Einführung des Phosphors ungelöste deponirte Gifttheile kaum noch zu erwarten sind, schieden Magenausspülungen, Brechmittel aus, zumal solche vielleicht wegen Perforation der weichen Magenwand direct gefährlich werden konnten. Autor gab also das besonders französischerseits als Antidot empfohlene *Ol. Terebinthin. non rectific.* 3 Tage lang 5 mal tägl. 30 Tropfen in Schleim. Beide Male geradezu verblüffender Effect! Binnen 2 mal 24 Stunden änderte sich in beiden Fällen das schwere Krankheitsbild so, dass die Vergiftung behoben zu sein schien.

(Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde in Dresden 22. II. 1902.  
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 17.)

- Einen Fall von **Exalginvergiftung** sah Prof. Dr. O. Seifert (Würzburg). Einer Dame von 39 Jahren, welche viel an Kopfschmerzen, Erregungszuständen, Schlaflosigkeit litt, wurde Exalgin in Dosen zu 0,5 verordnet. Sie nahm die erste Dosis am 15. I. 1902 gegen 9 Uhr Morgens. Im Laufe des Tages Herzklopfen und Beklemmung, was aber nicht sehr beachtet wurde. In der Nacht guter Schlaf, am 16. Morgens wieder Kopfschmerzen, daher gegen zehn Uhr Morgens wieder 0,5 Exalgin. Mittags wieder Herzklopfen, Beklemmung, Angst, Kribbeln in den Extremitäten. Nachts wenig Schlaf. Am 17. Morgens wieder Kopfweh, dritte Dosis Exalgin früh 9 Uhr. Um 12 $\frac{1}{2}$  Uhr sah Autor die Pat. welche über heftiges Herzklopfen, Beklemmung, Schwäche- und Angstgefühl, Unruhe, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen und ein unausstehliches Kribbeln, wie Ameisenkriechen, am ganzen Körper klagte. Blaufärbung der Schleimhäute und der ganzen Körperhaut, Erweiterung der Pupillen, starke Pulsbeschleunigung (160), Erscheinungen, die ohne Weiteres auf Exalginvergiftung hinwiesen. Excitantia, warme Bäder und reichliche Wasserzufuhr, behufs Anregung der Diurese. In der folgenden Nacht sehr unruhiger Schlaf, da das Ameisenkriechen noch unverändert andauerte. Nach 2 Tagen alle Symptome verschwunden. Die relativ grosse Zahl von Vergiftungen mit Exalgin, die schon, wie in diesem Falle auch, nach ziemlich kleinen Dosen

auftreten, zeigt, dass man mit Anwendung dieses Mittels sehr vorsichtig sein muss, es lieber gar nicht anwenden sollte, zumal wir ja viele unschädlichere Nervina besitzen, mit denen wir den Pat. ohne solche Gefahren Linderung schaffen können.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 26.)

- **Campher bei Morphin-Entziehung** empfiehlt J. Hofmann (Sanatorium Schloss Marbach). Der Campher wirkt herzcontrahierend und gefässtonisierend, Morphin herz- und gefässerweiternd. Die tonisierende Wirkung, unterstützt durch eine angeregte Herzarbeit wirkt spasmuslösend auf den durch die Abstinenz hervorgerufenen Gefässkrampf ein, und indem wir durch Campher die Circulation heben, die spastischen Gefässzustände beseitigen, dadurch dem Herzen die Arbeit seines Ernährungsantriebes erleichtern, bessern wir den Zustand des Pat., die Abstinenzerscheinungen werden besser toleriert, das Befinden des Pat. hebt sich bedeutend, Schlafmittel (Trional) können besser ihre Wirkung entfalten und bald entbehrt werden u. s. w. Neben dem Campher, der intern gegeben wird (2—3 mal tägl. 0,05) kann man 3—4 mal tägl. 10—15 Tropfen *Validol* ordinieren, ein ausgezeichnetes Erfrischungsmittel, das man sich aber auch aufsparen kann als letztes Mittel, wenn eine gewisse Gewöhnung an den Campher eingetreten ist. Dass auch die anderen Heilfactoren bei der Entziehung, Ruhe, Diaet etc. heranzuziehen sind, ist selbstverständlich; ausserordentlich günstig auf das Herz- und Gefässsystem wirken auch die elektrischen Bäder ein.

(Therap. Monatshefte 1902, Juli).

**Rhachitis.** Zur Phosphorbehandlung der Rh. macht Prof. Ungar (Bonn) einige Bemerkungen. Im letzten Jahre sind von Nebelthau und Leo zusammen drei Fälle publicirt worden, wo durch Darreichung von Phosphor in den üblichen Dosen schon in den allerersten Tagen sich Intoxicationerscheinungen zeigten, die rasch letal endigten. Diese Fälle werden auch manche Anhänger der Phosphorthherapie stutzig gemacht, dieselben veranlasst haben, dem Phosphor bei der Be-

handlung der Rh. ganz zu entsagen oder ihn wenigstens in kleineren Dosen, als bisher üblich, zu ordiniren. Ungar weist nun zunächst nach, dass jene publicirten Fälle gar nichts Beweisendes an sich haben, dass durchaus Zweifel darüber berechtigt sind, dass jene 3 Kinder wirklich einer Phosphorvergiftung zum Opfer fielen. Er selbst glaubt andere Todesursachen annehmen zu müssen und hält den Phosphor für unschuldig an jenen letalen Ausgängen. Er ist nach wie vor ein Anhänger der Phosphorthherapie. Man muss sich freilich bei derselben immer darüber im Klaren sein, was man von ihr verlangen kann. Der Phosphor vermag nicht rhachitische Verkrümmungen rückgängig zu machen, man darf nicht darauf rechnen, dass durch ihn der rhachitisch veränderte Knochen in wenigen Monaten oder gar Wochen seine normale Beschaffenheit annimmt. Wohl aber vermag Phosphor, rechtzeitig angewandt, die Ausbildung schwererer Veränderungen am Knochen-system zu verhüten, ferner das Allgemeinbefinden, den im Gesamtorganismus sich abspielenden Krankheits-process günstig zu beeinflussen, endlich auf den Laryngospasmus, dessen Zusammenhang mit der Rh. Autor als feststehend ansieht, aufs Beste einzuwirken. Will man diese Erfolge erreichen, dann darf man freilich die Dosis nicht in einer Weise herabsetzen, wie es Nebelthau und Leo vorschlugen; giebt man von einer 0,001<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igen Lösung 1 Theelöffel, so ist das 0,00004 g Phosphor, ebensoviel enthalten 10 Tropfen einer 0,01<sup>o</sup>/<sub>o</sub>igen Lösung. Das sind homoeopathische Gaben, die kaum wirken dürften. Man muss schon, wie Kassowitz, 0,005 g pro die als Einzeldosis, ohne Unterschied des Alters verabreichen, oder 2 mal täglich eine entsprechend etwas kleinere Menge. Am liebsten macht Autor Gebrauch von einer Lösung von 0,01 Phosphor in 100 g Ol. Oliv. (oder Ol. amygd. oder Ol. Sesam.), von der 2 mal tägl.  $\frac{1}{2}$ —1 Theelöffel (= 0,0002—0,0004 Phosphor) gegeben wird. Dabei muss man freilich bedenken, dass Phosphor kein indifferentes Mittel ist; es ist daher nicht zu billigen, wenn der Arzt immer wieder das Phosphoröl einem Kinde verordnet, ohne sich von Zeit zu Zeit, namentlich bei Erneuerung des Medicamentes, von seinem Zustande zu überzeugen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 24.)



**Seekrankheit.** *Orexin. tannic.* zur Verhütung der S. empfiehlt C. v. Wild. Man soll  $\frac{1}{2}$  g des Mittels mit  $\frac{1}{4}$  L Flüssigkeit (Milch, Thee, Fleischbrühe) 3 Stunden vor Antritt der Fahrt nehmen, 2 Stunden später eine reichliche Mahlzeit nachfolgen lassen. Bei längeren Reisen macht man es 3 mal täglich ebenso. Auch bei Bahnfahrten soll diese Methode wirksam sein.

(Archiv f. Schiffs- und Tropenhygiene 1902 S. 24.)

**Struma.** Einen Fall von acutem Entstehen und Verschwinden einer S. sah Dr. Fricke. Der 52jähr. Pat. will schon seit Jahren eine leichte Anschwellung in der Mittellinie des Halses gehabt haben. Vor 5 Wochen bemerkte er ein Stärkerwerden derselben. Die Geschwulst wurde immer grösser, Athembeschwerden traten auf, dann auch Schluckbeschwerden. Jetzt sehr harte, den ganzen Hals einnehmende Schwellung längs des Unterkiefers von einem Winkel zum anderen, nach unten bis 4 cm oberhalb des Sternum; jeder Athemzug rasselnd, weithin hörbar, starke Cyanose des Gesichts; kein Fieber, keine Hautröthung über der Geschwulst; Puls beschleunigt und klein, aber regelmässig. Pat. hat wegen der Athembeschwerden schon 10 Tage nicht schlafen können. Ordination: Morphinum (0,01), kalte Umschläge, und, in der Hoffnung, dadurch eine Zusammenziehung der Gefässräume in der S. zu erzielen, intern *Ergotin*. Etwa 12 Stunden nach der 1. Ergotindosis Befinden bedeutend besser, Rasseln geringer, Geschwulst etwas kleiner. Nach 3 Tagen, bei Fortsetzung dieser Behandlung, Geschwulst fast bis auf die Hälfte verkleinert, Athmung und Schlucken frei. Weiter Ergotin und ausserdem Thyreoidin. Jetzt, nach 17 Tagen, nur noch die Schilddrüse etwas vergrössert zu fühlen, keinerlei Beschwerden mehr.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No 29.)

**Tuberculose.** Heilung einer Meningitis tuberculosa erzielte Dr. Thomalla (Berlin). Es handelte sich um einen 20jähr. Studiosus, aus tuberculöser Familie stammend, bereits früher mehrfach von tuberculösen Affectionen heimgesucht und auch jetzt noch mit solchen behaftet. Derselbe erkrankte an Erscheinungen, welche die Diagnose Meningitis tuberculosa sicherten. Diese Dia-

gnose wurde bestätigt von Prof. Gerhardt und Prof. v. Michel, welcher letzterer in der Chorioidea Tuberkelknötchen entdeckte. Pat. erhielt Jodkali und Creosot, und diesen Medicamenten schreibt Autor die Errettung des Pat. zu, der sich recht rasch erholte, die Erscheinungen der Meningitis, auch die Tuberkel in der Chorioidea verlor und ganz gesund wurde. Creosot wurde schon 2 Tage nach der Erkrankung gegeben (ebenso Jodkali), und zwar erst 3 mal tägl. 1 Capsel à 0,1; doch stieg Autor schon nach wenigen Tagen auf 3 mal tägl. je 3 Capseln à 0,5, welche Tagesmenge (also 4,5 g) dann ca. 9 Monate lang genommen wurde, sodass Pat. im Ganzen ca. 2200 Capseln à 0,5 verbrauchte. Dass diese ungeheure Quantität genommen werden konnte, ohne je Magenverstimmung hervorzurufen, war wohl dem Extr. Chinae Nanning zu danken, das Autor daneben zu 3 mal tägl. 15 Tropfen in Portwein nehmen liess.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 24.)

- **Hetosanguinal** als Lungenheilmittel empfiehlt Dr. Krone (Todtmoos). Ein grosser Anhänger der intravenösen Hetolinjectionen, die er bei Landerer selbst gelernt hat, redet er zunächst diesen das Wort, als bester Applicationsmethode der Zimmtsäure, die für denjenigen, der sie einmal gelernt hat, absolut keine Schwierigkeit bedeutet und auch den Pat. bei richtiger Technik keinerlei Unannehmlichkeiten bereitet. Autor hat in der Landpraxis, unter ungünstigsten Verhältnissen, unter etwa 1500 Einspritzungen nie eine unangenehme Nebenwirkung gesehen. Doch es giebt Pat., welche sich zu einer Spritzeur nicht verstehen wollen, solche, wo man, wie z. B. auf dem Lande, auf genaue Controlle verzichten muss, wo die Pat. weiter arbeiten wollen etc. Um auch solchen Pat. Hetol einverleiben zu können, hat Autor von der Firma Krewel in Köln *Sanguinalpillen mit Hetol* herstellen lassen. Die einfachen Sanguinalpillen hatte er schon bisher bei Chlorose, Neurasthenie und Schwächezuständen mit gutem Erfolge angewandt, hatte sie leicht verdaulich, gut verträglich und appetitanregend gefunden, und hatte ihnen stets eine Hebung des Allgemeinbefindens und Stärkung der Kräfte mit Erhöhung des Körpergewichtes zu verdanken.

Sie schienen daher sehr geeignet als Grundlage für die innerliche Darreichung des Hetol. Es wurde zu jeder Pille 0,001 Hetol hinzugesetzt, mit 1 Pille pro die die Cur begonnen und gewöhnlich von 3 zu 3 Tagen 1 Pille mehr gegeben, Kindern bis 3, Erwachsenen bis 6 Pillen täglich. Sie wurden stets gern genommen und gut vertragen. Zunächst wurden sie bei Scrophulösen und Tuberculösen 1. Grades versucht; ausser dem Effect, den schon einfache Sanguinalpillen bewirken, wurde auch stets eine günstige Beeinflussung der specifischen Processe constatirt, und dies auch, als vorgeschrittenere Fälle so behandelt wurden. Freilich trat die Wirkung nicht so rasch ein, wie bei intravenöser Einverleibung, aber in Fällen, wo letztere nicht angeht, speciell in der Landpraxis, bilden die Pillen doch einen Ersatz, der willkommen zu heissen ist.

(Die medic. Woche 1902 No. 28.)

- Ueber einen Fall von Impftuberculose durch tuberculöse Organe eines Rindes berichtet Dr. P. Krause (Medic. Klinik Breslau). Anfang Mai wurde vom Reichsversicherungsamte ein Schlachthausarbeiter der Klinik zur Begutachtung überwiesen, ob der Kläger die Erkrankung seines rechten Armes sich durch Infection zugezogen, welche Infectionskrankheit event. vorgelegen und zu welcher Zeit die Infection stattgefunden habe. Aus den Acten ergab sich, dass Pat. sich im Frühjahr 1899 eine Verletzung am rechten Daumen zuzog; nach einiger Zeit traten Schmerzen im Arme und Drüenschwellungen, später kleinere und grössere Geschwüre am Arme mit Eiterung auf. Amtlich wurde festgestellt, dass Pat. im Herbst und Winter 1899 verschiedentlich an „schlimmen Fingern“ gelitten habe und dass er das Forträumen der Fleischtheile von erkranktem Schlachtvieh zu besorgen hatte. Während der Vertrauensarzt eine subchronische Erkrankung diagnosticirte, die mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhang stand, hielt der behandelnde Arzt die Krankheit für tuberculös, mit dem Unfall direct zusammenhängend; er behandelte den Pat. seit December 1899, incidirte wiederholt am rechten Arme, ohne völlige Heilung erzielen zu können. Pat. wurde Juni 1900 dem Krankenhause Bethanien überwiesen, wo durch wiederholte grosse Incisionen

endlich Heilung erzielt wurde; die Diagnose lautete auch hier: T. der Lymphgefässe und Lymphdrüsen, wurde noch bestätigt durch die mikroskopische Untersuchung. Der 30jähr., aus gesunder Familie stammende, selbst bis dahin gesunde Pat. hat sich seiner Angabe nach vor 3 Jahren im Schlachthause an einem Tische einen Splitter in den r. Daumen gejagt, sofort nachher musste er einer kranken Kuh das Fell abziehen. Nach einigen Tagen schwoll der r. Arm an, allmählig fortschreitend bis zur Achselhöhle. Es bildeten sich eitrige Beulen, welche sich von selbst öffneten. Schon nach 8 Tagen suchte er den Arzt auf, den er dann fortwährend in Anspruch nehmen musste. Befund: Lungen normal, ebenso die übrigen Organe. In der l. Achselhöhle dünner Strang zu fühlen, unterhalb der r. Achselhöhle spärliche, bohngrosse, schmerzlose Lymphdrüsen. Am inneren Rande des M. biceps dexter ungefähr mandelgrosse Lymphdrüse. Herausnahme derselben; mikroskopisch eine Anzahl Tuberkel mit Riesenzellen, in Schnitten einzelne Tuberkelbacillen. T. anderer Organe nicht nachweisbar. — Zweifellos war also die Erkrankung eine tuberculöse, höchst wahrscheinlich bewirkt durch Infection mit perlstüchtigem Material. Also ein Fall von Uebertragung der Rindertuberculose auf den Menschen!

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 25.)

**Tumoren.** Die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut für Carcinome, die Leser hervorgehoben, ist nach Dr. Rosenbaum (Kgl. medic. Universitäts-poliklinik München) gleich Null. Sein geprüftes Material ergab, dass im frühesten jugendlichen Alter das Vorkommen von Angiomen, zumal von solchen in erheblicher Zahl, selten ist, dass dagegen die Angiome bei Gesunden wie bei Kranken vom 30. Jahre an immer häufiger und schliesslich fast constant auftreten, sodass ihre Anwesenheit als eine nahezu obligatorische Alterserscheinung anzusehen ist. Demgemäss ist es auch nicht auffallend, geschweige als ein besonderes diagnostisches Merkmal zu betrachten, wenn Angiome bei Carcinomkranken zur Beobachtung gelangen. Auch bei Personen, welche sicher von Carcinom frei waren, fanden sich Angiome in oft überraschend grosser Zahl vor.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 16.)

— Jodpräparate bei Stauungspapille vermögen, wie Dr. J. Fiser (Landesspital Laibach) durch einige Fälle zeigt, öfters Verminderung des Sehvermögens, ja selbst Erblindung zur Heilung zu bringen oder mindestens recht günstig zu beeinflussen. Freilich kommen Misserfolge vor, doch wiederum auch staunenswerthe Erfolge. Auf alle Eventualitäten der Aetiologie will Autor nicht eingehen, er betont aber, dass auch dann solche Heilungen erklärlich sind, wenn man annimmt, dass die Stauungspapille mit einer Neubildung im Gehirn zusammenhängt, weil wir ja wissen, dass auch T. an anderen Orten des Körpers, besonders solche sarkomartigen Charakters auf grössere Jodgaben schwinden können. Autor gab mit Vorliebe das auch in grossen Dosen gut tolerirte *Jodrubidium* (1—2 g pro die, steigend bis 4—6 g).

(Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 1. Mai 1902.)

**Tylosis.** Ueber T. *palmarum*, und zwar nicht solche mechanischer, chemischer, toxischer Natur, sondern solche, die ganz unabhängig von solchen Einflüssen auch bei gut gepflegten Händen gutsituirter, sonst gesunder Leute im mittleren oder höheren Alter auftritt, lässt sich Dr. J. Schütz (Frankfurt a. M.) aus. Das Leiden muss hier in Zusammenhang gebracht werden mit *Störungen der Schweissbildung und Schweisssecretion*, da dabei local die *Hidrosis stark reducirt* und auch qualitativ verändert ist, und da Besserungen selbst spontan zu beobachten sind, sobald die Hidrose wieder einigermaassen normal wird. Diese T. macht sich gewöhnlich zuerst am Centrum des Handtellers und in der Interdigitalgegend zwischen Daumen und Zeigefinger bemerkbar und lässt 3 Stadien erkennen. Das erste Stadium gleicht einem chron. trockenen Ekzem, ohne aber ein solches zu sein: Die afficirten Parthieen erscheinen etwas geröthet, schuppen kleienförmig, sondern keinen Schweiss ab, sodass sie absolut trocken sind. Das zweite Stadium charakterisirt sich dadurch, dass die Haut sich mehr und mehr verdickt, Einrisse und Rhagaden sich etabliren. Nach jahrelangem Bestehen und continuirlicher Ausbreitung in die Fläche kommt es dann zur Bildung multipler, kleiner Herde, welche die Pat. wie Hühneraugen quälen. *Therapeutisch* hat sich dem Autor folgende Methode am meisten be-

währt: Abends einige Minuten die Hand in möglichst heissem, mit Kalilaugensalz (1—2 Esslöffel auf 1 Lavoire) versetztem Wasser baden, dann mit heissem reinem Wasser abspülen, trocknen, 33 %iges *Hg-Vasogen* einreiben, Lederhandschuh darüber; Morgens die Salbe mit Watte und Oel entfernen, darauf (und noch mehrmals des Tags) leicht einreiben:

Rp. Thioform. 3,0  
Hydrarg. oxyd. rubr. 1,0—1,5  
Lanolin. 30,0  
Ol. Ricin. 3,0

Unter dieser Behandlung wird die Schweisssecretion wieder geregelt, auch die T. bessert sich. Manchmal leistet auch *Salicylseifenpflaster* und bei frischen Rhagaden *Ichthyoltaffet* (Beiersdorff) gute Dienste.

(Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 1902 Bd. 59. Heft 1.)

**Ulcus molle.** Die Behandlung des U. mit Kälte empfiehlt Dr. A. Brandweiner (Klinik von Hofrath Neumann, Wien). Mit Hitze kann man U. erfolgreich behandeln, doch erfordert dies umständliche Apparate, die behufs Behandlung mit Kälte nicht nöthig sind. Bei 40 Fällen wurde zur Erzeugung der Kälte sowohl *Chloraethyl* wie *Metaethyl* verwendet. Letzteres ist Chloraethyl mit 15 %igem Zusatz von Chlormethyl. Es hat vor reinem Chloraethyl den Vorzug, dass sein Siedepunkt bei  $-11^{\circ}$  liegt, während Chloraethyl zwischen  $0^{\circ}$  und  $-2^{\circ}$  siedet. Man erreicht damit also in kurzer Zeit höhere Kältegrade. Das therapeutische Resultat ist jedoch bei beiden Präparaten so ziemlich das gleiche. Bei der Application entsteht eine Temp. von etwa  $-25^{\circ}$ , doch ist dieselbe wesentlich von der Raschheit der Verdunstung abhängig. Von praktischer Wichtigkeit ist die Erzielung eines rein weissen, trockenen Schnees. Das U. und seine Umgebung wird von anhaftenden Borken, Verunreinigungen und Secret gründlich mit Sublimat oder anderen antiseptischen Flüssigkeiten gereinigt. Diese und etwa austretendes Blut werden trocken getupft, das U. sodann soweit als möglich entfaltet und auseinandergezogen. Hierauf wird aus einer Entfernung von etwa 20 cm Chlor- oder Metaethyl in derselben Weise applicirt, wie zur Erzeugung von Anaesthesie. Um rasche Verdunstung hervorzurufen,

wird während der Aufgiessung aus einem Gebläse (wie es beim Paquelin verwendet wird), dem eine mit feiner Oeffnung versehene kurze Glasröhre vorgesetzt ist, aus einer Entfernung von 3—5 cm kräftig und continuirlich Luft zugeblasen. Nach kurzer Zeit entsteht ein weisslicher Schnee, der im Anfang rasch schmilzt, später jedoch, nachdem das Gewebe auf grössere Strecken gefroren ist, länger anhält. Es ist daher geboten, im Anfang continuirlich aufzugiessen; später kann man kurze Pausen machen, doch darf das Gebläse nie ausser Thätigkeit treten. Die durchschnittliche Zeit der Vereisung beträgt 3—5 Minuten, bei grösseren Geschwüren eher noch mehr. Auf die Zeit der Vereisung ist sorgfältig zu achten, da sonst die reactive Hyperaemie, wahrscheinlich der Hauptfactor dieser Therapie, eine zu geringe ist. Ein Plus von Vereisungszeit zeigte in keinem Falle schädliche Folgen. Während der Vereisung zeigen sich folgende Erscheinungen: Das Geschwür wird anfangs anaemisch; nach kurzer Zeit fühlt sich dieses und das umgebende Gewebe im Umkreis von mehreren Millimetern ganz hart an, es ist bereits gefroren. Im Anfang der Vereisung fühlen die Pat. Brennen, das mit zunehmender Gefrierung des Gewebes schwindet. Beim Aufthauen entsteht eine starke Hyperaemie und Blutung, die jedoch nicht lange anhalten. In diesem Stadium fühlen die Pat. durch verschieden lange Zeit (wenige Minuten bis zwei Stunden) ziemlich heftiges Brennen. Die Vereisung wird bei ambulanten Pat. täglich 1 mal vorgenommen, bei klinischen mag man 2 mal, bei sehr grossen und hartnäckigen Geschwüren auch 3 mal täglich vereisen. Nach der Prozedur wird auf den über dem U. lagernden Schnee Jodoform gestreut und verbunden. Bei Abnahme des Verbandes behufs weiterer Vereisung zeigt sich oft schon beim ersten Male auffallende Reinigung des U. die lochigen Vertiefungen des Grundes sind oft vollkommen geschwunden, und es zeigt sich eine rein granulirende Fläche; die Geschwürsränder sind nicht mehr unterminirt, sondern in einen rein granulirenden Wulst umgewandelt. Meist tritt jedoch dies Resultat erst nach 3—4, selten nach mehr Vereisungen ein. Je nachdem man dieselben täglich 1 mal oder 2 mal vorgenommen, sind die Geschwüre in 2—4 Tagen in eine rein

granulirende, des specifischen Charakters entbehrende Wunde verwandelt. In 33 von 40 Fällen trat dieser Erfolg ein. In vielen Fällen erscheint während der Reinigung das U. nicht völlig rein, sondern fibrinös belegt; der Belag haftet dem darunter meist schon vollständig gereinigten Grunde fest an, hat ein bläulich-weiss durchschimmerndes Aussehen und besteht fast aus reinem Fibrin, das jedenfalls sich bildet durch consecutive Gerinnung des während der Periode der reactiven Hyperaemie austretenden Blutes und Serums. Manchmal wurde nur mit steriler Gaze verbunden, nicht mit Jodoform; es trat ja auch da bisweilen Reinigung ein, aber nicht so rasch als bei Application von Jodoform. Letzterem sind aber die erzielten Erfolge keinesfalls allein zuzuschreiben, da Jodoform so rasch ein U. kaum reinigen kann. Der Grund für die oft mangelhafte Reinigung unter steriler Gaze allein dürfte wohl darin zu suchen sein, dass die Kälte nicht direct baktericid wirkt, sondern nur eine starke Hyperaemie hervorruft, wodurch der Geschwürsgrund aufgelockert und succulent wird und dann für die Wirkung des Jodoforms ein günstigeres Terrain bildet. Also die Kälte ist gewiss das Moment, welches die rasche Umwandlung des specifischen U. in ein reines bewerkstelligt. Dadurch, dass mit so einfachen Mitteln ein der continuirlichen Wärmebehandlung analoger Effect erzielt werden kann, eignet sich diese Methode ganz besonders für die Privatpraxis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 17.)

- **Jodyloform**\*), ein neues Jodoformersatzmittel, durch Geruchlosigkeit sich auszeichnend, wendet Dr. G. J. Müller (Berlin) seit 2 1/2 Jahren an und hat damit speciell bei U. (aber auch bei ulcerirten *syphilitischen Primäraffecten*) sehr schöne Resultate erzielt. Jodyloform ist Jod und Gelatine (10% Jod) und wird 3 mal täglich applicirt, nach vorheriger Abwaschung mit Liq. Alumin. acet. (cave: Carbol und Sublimat). Manchmal bewirkt es kurzes Brennen. Es wirkt nicht so schnell wie Jodoform, aber in fast allen Fällen — Phagedaenismus

\*) Hergestellt von Kohlmeyer & Co., Berlin (Königin Augusta-Strasse 21.)



ausgenommen — sicher. Auch als Verbandmittel für eröffnete *Leistendrüsenabscesse* ist es sehr zu empfehlen, da es nicht allein bei nichtvirulenten, sondern auch bei virulenten Bubonen sich sehr bewährte. Schliesslich leistete es auch in der kleinen Chirurgie (Panaritien, Phlegmonen, Abscesse, Furunkel, Phimosen etc.) als Wundstreupulver recht gute Dienste.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 38.)

## Vermischtes.

- **Bad Lippspringe.** (Eingesandt.) Nach jahrelangem Ringen ist endlich der Hauptübelstand unseres Bades beseitigt und in die glückliche Lage gelangt, eine regelrechte Wasser-Versorgung zu besitzen. Die Wasserhebung sowohl als auch der Thurm mit Hochbehälter befinden sich auf Gemeinde-Eigenthum. Qualität und Quantität des Wassers lassen nichts zu wünschen übrig. Stadt und Curanlagen sind reichlich mit Hydranten versehen, so dass der Belästigung unserer Kranken durch Staubentwicklung nunmehr wirksam vorgebeugt werden kann.

Trotz der bisherigen Ungunst der Witterung hat Lippspringe als Heilbad noch immer seine Anziehungskraft bewahrt. Die Zahl der eingetragenen Curgäste betrug im Jahre 1898 am 30. Juni 1622 Personen; dagegen im laufenden Jahre an demselben Tage 2236 Personen, obschon die Zahl der durch die Landes-Versicherungs-Anstalten in den letzten Jahren zur Cur hierhin überwiesenen Arbeiter in Folge der in Betrieb gesetzten vielen Volksheilstätten für Lungenleidende, in diesem Jahre eine Abminderung erfahren hat.

Was uns noch fehlt, ist nur ein directer Eisenbahn-Anschluss und auch diesem Mangel wird — nach den wohlwollenden Erklärungen des Eisenbahn-Ministeriums — in Kürze abgeholfen werden.

- **Pertussin** (Täschner) hatte Dr. A. Model (Weissenburg) bei acuten *laryngitischen* (mit completer Aphonie) und *bronchitischen* Zuständen bei erwachsenen Gliedern seiner eigenen Familie anzuwenden Gelegenheit, und zwar mit den erfreulichsten Erfolgen. Heftiger, trockener

Husten wurde bald erheblich gemildert, und bei Fortgebrauch grösserer Dosen trat auffallend rasch die wohlthätige Lösung und Expectoration des Secrets ein. Auch das Verschwinden der völligen Stimmlosigkeit bei acutem Kehlkopfkatarrh erfolgte ganz wunderbar rasch. Die auffallendsten Resultate erzielte Autor bei sich selbst. Seit Jahren Arteriosklerotiker, mit chron. Bronchialkatarrh und Lungenemphysem behaftet, bekam er zur rauhen Jahreszeit, überhaupt bei geringen Schädlichkeiten, heftige Exacerbationen mit heftiger Dyspnoe, höchst erschwerter Expectoration u. s. w. Die sonstigen Mittel hatten früher mehr oder weniger versagt, Pertussin brachte, allerdings in hohen Dosen genommen (ca. 100 g in  $\frac{1}{2}$  Tag oder in einer Nacht), innerhalb kürzester Zeit Hülfe und Verschwinden der lästigen Erscheinungen.

(Therap. Monatshefte 1902, Juli.)

- **Dionin in der gynaekologischen Praxis** benützte mit bestem Erfolge Dr. O. Frankl (Wien). Intern verabreicht leistete z. B. bei *Dysmenorrhoe* das Mittel gute Dienste, insbesondere bei Jungfrauen, wo ja oft genug symptomatische Therapie genügen muss. Eine Tablette à 0,03 Dionin oder ein Anal-Suppositorium zu 0,04 Dionin brachte nach 25—30 Minuten Hülfe, indem es prompt die Schmerzen linderte, ohne Verstopfung oder sonstige unangenehme Nebenerscheinungen zu bedingen. Ein anderes, sehr wichtiges Gebiet für die Anwendung des Dionin sind die entzündlichen Veränderungen der Adnexe. Während des acut-schmerzhaften Stadiums bewährten sich hier bestens Kugeln folgender Zusammensetzung:

Rp. Dionin. 0,03  
Ichthyol. 0,2  
Butyr. Cac. 2,0  
Ad globul. vaginal.

Von der eminent schmerzstillenden Wirkung derselben überzeugte sich Autor z. B. in 2 Fällen von *gonorrhöischer Peri- und Parametritis*, in 1 Fall von *gonorrhöischer Pyosalpinx*, wo die Operation verweigert wurde etc. In einem Falle von Abscess der Mastdarmwand wandte Autor, durch Verweigerung der Operation anfangs zu conservativer Behandlung gezwungen, nach

antiseptischer Spülung des unteren Rectums mit gutem Erfolge Zäpfchen von folgender Zusammensetzung an:

Rp. Dionin. 0,03  
Dermatol. 0,3  
Butyr. Cac. 2,0

(Therap. Monatshefte 1902 No. 6.)

- **Versuche mit einigen neuen Arzneimitteln** hat Dr. A. Hess (Krankenhaus am Friedrichshain in Berlin) angestellt. Zunächst mit *Agurin*. Die Versuche erstrecken sich hier auf 30 Fälle von Stauung und Hydrops mannigfaltigen Ursprungs (Myocarditis, Herzklappenfehler, acute und chron. Nephritis, Schrumpfniere, Pleuraexsudat, Ascites infolge von Lebercirrhose und tuberculöser Peritonitis). Am befriedigendsten Erfolge bei Herzmuskelentartung, weniger befriedigend bei Stauungserscheinungen infolge von Herzklappenfehlern, noch weniger bei den übrigen Fällen. Bei chron. interstitieller Nephritis ebenfalls günstiger Einfluss. In der Grundwirkung war also ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem Diuretin nicht festzustellen, doch bildet die bessere Verträglichkeit des Präparats einen Vorzug gegenüber dem Diuretin, sodass *Agurin* als guter Ersatz des letzteren zu bezeichnen ist. — *Purgatin* wurde bei ca. 60 Pat. mit Obstipatio angewandt. Bei der Dosis von 2 g (Abends verabreicht) hatten die Pat. nach durchschnittlich 12 Stunden angenehmen breiigen Stuhlgang, meist nur 1 mal, seltener 2—3 mal. Nie Kolik oder unangenehme Empfindungen, aber bei öfterer Anwendung oft Nachlass der Wirkung. Bei geringen Gaben (0,5—1,0) blieb letztere oft aus, auch manchmal bei 2 g. Waren mehrere Tage ohne Stuhlgang verlaufen, so waren auch grosse Dosen unwirksam, wie überhaupt da, wo feste Kothknoten im Dickdarm festzustellen sind, das Mittel machtlos ist. Aber auch bei Obstipatio im Verlaufe einer fieberhaften Krankheit Erfolg unbefriedigend. Dazu kommt als recht unangenehme Beigabe die Rothfärbung des Urins und der Wäsche, endlich der Umstand, dass *Purgatin* im Urin die Veranlassung zu manchen falschen Deutungen von Proben geben kann; so fällt z. B. die Heller'sche Probe positiv aus, und die Diazoreaction wird ebenfalls täuschend ähnlich.

Nichtsdestoweniger hat Fürbringer das Purgatin als Laxans auf seiner Abtheilung eingeführt, da trotz der hohen Zahl brauchbarer Abführmittel keines mit ähnlicher Constanz die Vorzüge einer beschwerdefreien, milden Wirkung in sich vereinigt. — *Yohimbin* wurde bei 20 theils nervengesunden, theils neurasthenischen Individuen zu 3 mal tägl. 0,005 gegeben. Eine irgendwie eclatante Einwirkung auf die Sexualfunctionen wurde nicht constatirt, sodass die lebhaften Anpreisungen als Specificum gegen Impotenz nicht gerechtfertigt erscheinen.

(Die Therapie d. Gegenwart, Juni 1902).

- Klinische Erfahrungen mit **Agurin** an 15 Pat. veröffentlicht Dr. Reye (Hamburg, Eppendorfer Krankenhaus). Agurin erwies sich im Allgemeinen als gut wirksames, manchmal dem Diuretin überlegenes Diureticum. Bei einzelnen Fällen von *Herzfehlern* mit Stauungserscheinungen, sowie auch bei chron. interstitieller *Nephritis* leistete es entschieden gute Dienste. In der Dosirung von 2,5 g pro die ( $5 \times 0,5$ ) wurde das Mittel an mehreren, bis zu 10 Tagen gegeben und stets gut vertragen.

(Die Heilkunde 1902 No. 6).

- Einen Beitrag zur Kenntniss der **Herzklappenverletzungen durch plötzliche Ueberanstrengung** liefern Dr. E. Bourquin und Dr. de Quervain (Chaux-de-Fonds). Bei dem vorher völlig gesunden Manne trat in unmittelbarem Anschluss an eine heftige Muskelanstrengung am 31. III. 1900 (beim Abladen eines 600 Liter haltenden Spiritusfasses gerieth dasselbe ins Rollen, wobei Pat. eine sehr heftige Anstrengung machte, um es zurückzuhalten) ein ebenso plötzliches, mit einem Peitschenhiebe vergleichbares Gefühl in der Brust auf. Daran schloss sich Nasenbluten, Mattigkeit, am folgenden Tage Bluthusten, Unfähigkeit zu jeder Arbeit, dann Cyanose, Pulsbeschleunigung, ein auffallend starkes Mitralgeräusch, Temperatursteigerung, multiple Embolien, deren eine, die Hirnembolie,  $7\frac{1}{2}$  Wochen nach dem Unfall den Tod zur Folge hatte. Die Autopsie ergab eine, auf einen Theil des medialen Mitralsegels beschränkte, ulcerös-verrucöse, durch Staphylokokken bedingte Endocarditis mit Fehlen der Sehnenfäden im Bereich des veränderten

Klappentheiles. Die genaue Beschaffenheit der ursprünglichen Läsion war bei den hochgradigen secundären Veränderungen der Gewebe durch die Entzündung nicht mehr erkennbar. Die Autopsie zeigte ferner das Vorhandensein von verhältnissmässig frischen Milz- und Nieren-Infarcten und von einer frischen Embolie der Arter. fossae Sylvii mit rückläufigen Blutungen im Bereich des plötzlich auf Null-Druck gesetzten Gebietes. Dass es sich hier um eine primäre, schon vor dem Unfall bestandene Endocarditis gehandelt, lässt sich bei der vorzüglichen Gesundheit des Pat. vor dem Unfall kaum annehmen, auch zeigten die Veränderungen deutlich die Zeichen frischer Erkrankung und waren scharf localisirt. Der ganze Verlauf lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass bei jener Ueberanstrengung eine vielleicht nur geringe Zerreißung im Bereiche des medialen Mitralsegels oder seiner Sehnenfäden stattgefunden hatte, die genügte, um sofort die Circulation zu schädigen und den Pat. arbeitsunfähig zu machen. Die gleich anfangs beobachteten Erscheinungen: Blutspeien, unbestimmte von der Herzgegend nach verschiedenen Seiten ausstrahlende Schmerzen, Unfähigkeit zu jeder Arbeit, stimmen völlig mit den in ähnlichen Fällen gemachten Beobachtungen überein. Zu dieser traumatischen Schädigung der Mitralis gesellten sich von der 3.—4. Woche an die Erscheinungen einer subacut verlaufenden Endocarditis, deren Entstehung man sich nur so denken kann, dass ein zufällig im Blute circulirender Staphylococcus sich auf der verletzten Klappe ansiedelte. Der Umstand, dass die Entzündung auf das ursprünglich befallene Gebiet beschränkt blieb, und dass es in den Milz- und Niereninfarcten nur zur Nekrose, nicht aber zur Eiterung kam, lässt annehmen, dass der betreffende Staphylococcus verhältnissmässig wenig virulent war. War auch der anatomische Beweis der Klappenverletzung der secundären Veränderungen wegen nicht mehr zu führen, so war doch andererseits der Fall in Bezug auf seinen klinischen Verlauf und das Ergebniss der Autopsie so eindeutig, dass das Gutachten dahin lauten konnte, es vermöge einzig die Annahme einer *traumatischen Endocarditis* den Verlauf genügend zu erklären. Es wurde der Wittve von der Versicherungsgesellschaft auch der volle Betrag zugesprochen.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde etc. 1902 No. 5.)

- **Acute Herzinsufficienz als Unfallfolge** sah Dr. Jorns (Pöttmes). 22jähr. Bauernsohn, ausser einer Pneumonie 1898 nie erheblich krank gewesen, sehr kräftig, solide (keine Alcoholica!), schon mehrfach (auch militärärztlich) genau untersucht und gesund befunden, musste am 3. XII. 1900 gelegentlich einer Operation an einem starken Eber diesen unter grosser Anstrengung festhalten. Gegen Ende der Procedur fühlte Pat. plötzlich einen heftigen Schmerz in der Herzgegend. Als er sich erheben wollte, trat heftige Athemnoth ein. Er wankte ins Haus, halb ohnmächtig, fühlend, dass er sich „etwas am Herzen gethan habe“; glaubte ersticken zu müssen. 2 Stunden später sah ihn Autor, schwer athmend im Bett sitzend, mit ängstlichem Gesichtsausdruck, bleichem Gesicht, cyanotischen Lippen. Ueber dem ganzen Herzen heftige, bebende Pulsation, die sich bis etwa in die Mitte zwischen der linken Mamillarlinie und vorderen Axillarlinie erstreckt und nach unten in die starke im Epigastrium sichtbare Pulsation übergeht. Spitzenstoss ca. 6 cm breit im VI. und VII. Intercostalraum bis 3 Finger breit ausserhalb der Mamillarlinie fühlbar. Absolute Herzdämpfung geht nach rechts bis über die Mitte des Sternums, nach oben über den oberen Rand der III. Rippe hinaus. Herztöne an allen Ostien unrein. An der Mitralis statt des 1. Tones ein lautes, hauchendes Geräusch hörbar, an der Aorta ein leises, diastolisches. Der 3. Pulmonalton klappt laut nach. Puls sehr schwach, kaum fühlbar, dicrot. ca. 130; Respiration 48, sehr angestrengt. Rechts und links hinten die unteren Lungenparthieen gedämpft, links dasselbst knisternde Rasselgeräusche. Leber bis 3 Finger breit unterhalb des Rippenbogens als sehr resistenter Körper fühlbar, sehr empfindlich. In den nächsten Tagen steigerten sich die Erscheinungen: Die Herzdämpfung verbreiterte sich mehr nach rechts, das diastolische Geräusch an der Aorta wurde deutlicher, die Leberschwellung nahm zu, sodass der untere Leberrand endlich in Nabelhöhe zu fühlen war, und auch auf der Lunge nahmen die Stauungserscheinungen zu. Am 13. XII. heftige Lungenblutungen (Infarct), Pat. magerte ab, die Extremitäten fingen zu schwellen an, und am 16. erfolgte der Exitus. Obwohl Section nicht gemacht werden konnte, handelte es sich zweifellos um acute

Dilatation des linken Ventrikels, einhergehend mit Insufficienz der Mitral- und Aortenklappe und bedingt durch Ueberanstrengung des Herzens. Die Berufsgenossenschaft erkannte auch die Erkrankung als Unfall an.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 22.)

- Die etwas modificirte **Brooke'sche Paste** bei infectiösen und entzündlichen Hautaffectionen mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt hat Dr. Dreyer (Köln). Die Formel lautete:

Rp. Hydrarg. olein. (5%) 28,0  
 Vaseline. flav. 14,0  
 Zinc. oxyd.  
 Amyl. aa 7,0  
 Acid. salicyl.  
 Ichthyol. aa 1,0

Bei 22 Fällen von *Ulcus molle* wurde diese Paste, nach Aetzung mit concentrirter Carbolsäure, applicirt; gleiche Resultate wie bei Jodoformbehandlung. Auch bei verschiedenen Fällen von *Ulcus durum* bewährte sich die Paste, desgleichen in 9 Fällen von *Herpes progenitalis*; in 5 Fällen von *Furunculose*, 5 Fällen von *Sycosis staphylogenes* (in Verbindung mit Breiumschlägen, sowie den üblichen anderen Maassnahmen) so schnelle Erfolge, wie bei keiner anderen Therapie. Auch *Hautnekrosen*, *diphtheritische Geschwüre*, *entzündete Haemorrhoiden*, *nicht ulcerirtes Scrophuloderma* wurden sehr günstig beeinflusst.

(Dermatolog. Zeitschrift 1902 Bd. IX. Heft 1/2.)

## Bücherschau.

- Die **deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts**, herausgegeben von Leyden u. Klemperer (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin), das grossartig angelegte Werk, das wir schon einige Male unseren Lesern aufs Wärmste empfohlen haben, schreitet rasch vorwärts. Jetzt liegen die Lieferungen 40—47 vor (Preis einer jeden Mk. 1,60) die wieder eine grosse Reihe ganz vorzüglicher Arbeiten — in Form akademischer Vorlesungen — unserer ersten Autoritäten

enthalten. „Dermatomykosen“ v. Kaposi, „Seborrhoe“ v. Riehl, „Toxicodermieen“ v. Jadassohn, „Die tuberculösen Hauterkrankungen“ v. Neisser, „Leukaemie“ v. Leube, „Ueberernährung und Unterernährung“ v. Noorden, „Meningitis cerebro-spinal.“ v. Eichhorst, „Behandlung der Geisteskrankheiten“ v. Polman, „Masern“ v. Heubner, „Hereditäre Syphilis“ v. Finkelstein, „Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft“ v. W.A. Freund, „Prolapsoperationen“ v. Fritsch, „Störungen der Menstruation“ v. Schauta, „Beckenmessung“ v. Skutsch, und viele andere, welche in gleicher Weise, wie die genannten, die einzelnen Capitel der verschiedenen medicinischen Disciplinen in ausserordentlich klarer und gediegener Weise zur Anschauung bringen, und dem Leser ein vorzügliches Bild von dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens und Könnens geben. — Die in gleichem Verlage erscheinende **Medicinische Terminologie** von Dr. W. Guttman, welche bekanntlich eine „Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften“ bringt, liegt jetzt, wo die dritte Abtheilung die Presse verlassen (Preis: Mk. 6) complet vor. Das Werk, welches den Hauptwerth darauf legt, kurze, aber klare Definitionen zu geben, das in seiner Uebersichtlichkeit und Genauigkeit einzig in unserer Litteratur dasteht, wird jedem Praktiker die besten Dienste leisten, es wird ihm ein nützlicher Führer sein in dem Labyrinth der medicinischen Terminologie, die ihre Worte aus so vielen fremden Sprachen, ihre Begriffe aus so zahlreichen Gebieten der Wissenschaft und des Lebens entlehnt, die so viele willkürliche Bildungen aufweist und so reich an Synonymen ist. Auch Studirende und Laien, die mit der medicinischen Sprache vertraut sein müssen, werden dem Verfasser Dank wissen für die Bearbeitung eines solchen Werkes.

- Von Goldscheider-Jacob's **Handbuch der physikalischen Therapie** (G. Thieme, Leipzig) ist jetzt der 2. Band des II. Theiles erschienen und damit das umfangreiche, grossartige Werk zum Abschluss gelangt. Der vorliegende Band enthält noch die Erkrankungen der Circulationsorgane (Litten, Lennhoff, Lazarus), der



Nieren (Senator), der tieferen Harnwege (Posner), der männlichen Geschlechtsorgane (Fürbringer), der Gynaekologie und Geburtshilfe (Gottschalk), des Tractus intestinalis (Riegel, v. Jaksch, Einhorn), der Leber, Gallenblase, Milz (Strauss), der peripherischen Nerven und des Centralnervensystems (Goldscheider, v. Frankl-Hochwart, Jacob, Jolly, Determann, Strasser, Hoffa, Laquer). Dieser über 600 S. starke Band schliesst sich durchaus würdig den vorangegangenen an, und wenn man das Ganze noch einmal überblickt, sich wieder einmal vertieft in diesen oder jenen der werthvollen Aufsätze, in welchen die Mitarbeiter auf Grund langjähriger Erfahrungen ihre Ansichten niedergelegt haben, so kann man den Herausgebern zu ihrem Erfolge nur Glück wünschen und ihre Hoffnung als durchaus berechtigt ansehen, dass das Handbuch einen Boden mit Grundmauern und Pfeilern für die physikalische Therapie begründen würde. Das prächtige Werk wird gewiss von Tausenden von Praktikern immer wieder durchstudiert werden, zu ihrem eigenen Vortheil, zum Nutzen für die leidende Menschheit.

- J. Schwalbe's **Jahrbuch der prakt. Medicin** (F. Enke, Stuttgart. Preis: Mk. 10) liegt uns als Jahrgang 1902 vor. Seinen Zweck, ein kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der prakt. Aerzte zu sein, wird es auch heuer wieder in vorzüglichster Weise erfüllen, Dank der präzisen Form, in der die Mitarbeiter, von denen wir Ribbert, Heinz, Gumprecht, Hoffa, Glax, Klein, Horstmann, Fürbringer, Vierordt, Jadasohn, Hüppe, Juracz, Grawitz, His, Rosenheim erwähnen wollen, die einzelnen Abschnitte des Werkes bearbeitet haben, welches alle wichtigen Arbeiten und Fortschritte unserer Wissenschaft vom letzten Jahre uns in kurzen, klaren Worten vorführt. Auch die Krankenpflege, das öffentliche Sanitätswesen, die ärztliche Sachverständigenthätigkeit findet man wieder in besonderen Capiteln besprochen, sodass das Jahrbuch thatsächlich uns einen Rundblick über den neuesten Stand unserer gesammten Wissenschaft bietet, genügend und ausgezeichnet geeignet zur raschen Orientirung für den beschäftigten Praktiker.

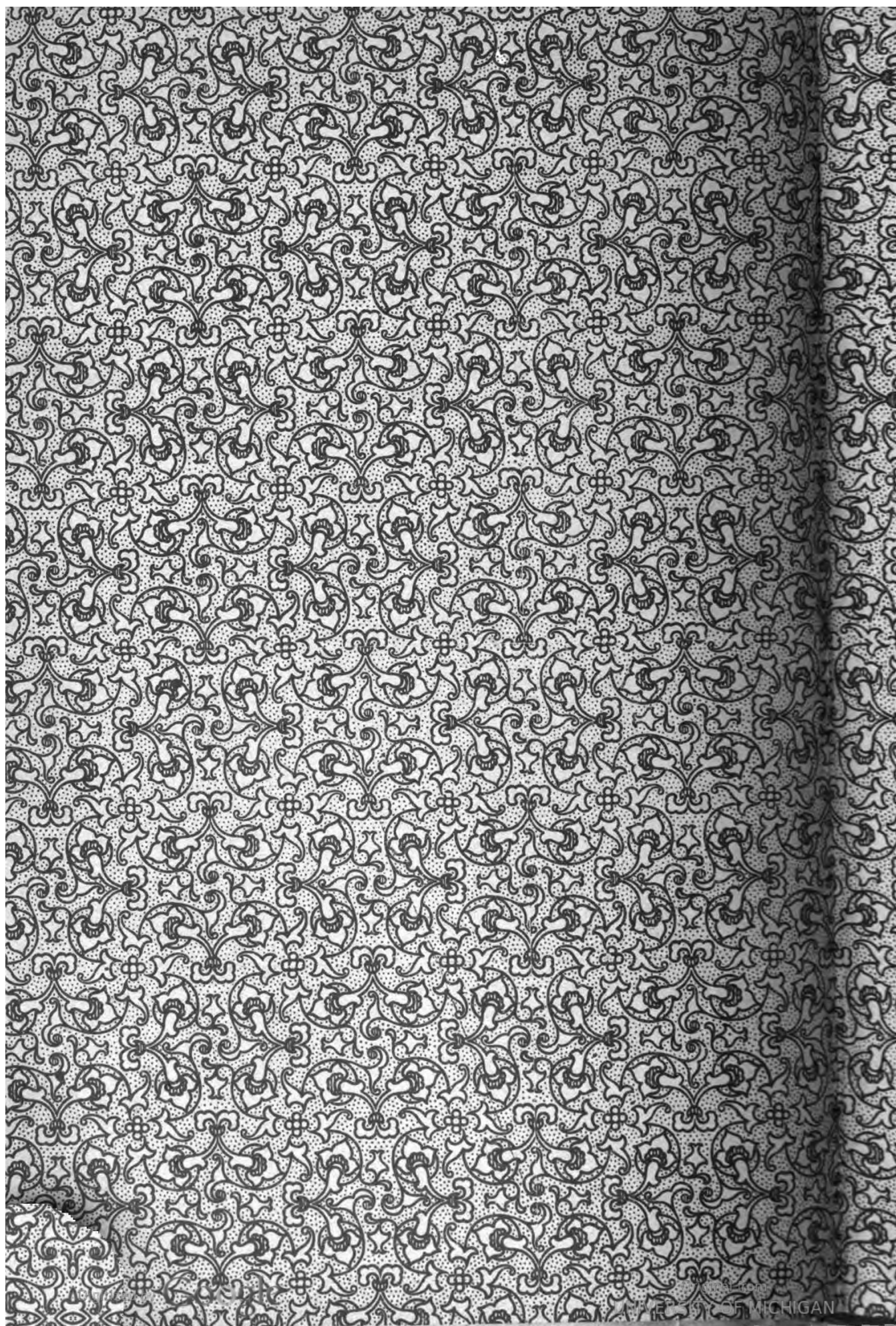
- Wer sich über die betreffenden hochwichtigen Capitel unserer Wissenschaft gut unterrichten lassen will, dem sei Toby Cohn's **Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie** (S. Karger, Berlin. Preis: Mk. 4) warm empfohlen. Das Buch, das schon bei seinem ersten Erscheinen sich zahlreiche Freunde erworben hat, liegt jetzt nach 3 Jahren in 2. Auflage vor, die mit Recht als „vermehrt und verbessert“ bezeichnet wird. Allenthalben tritt das Bestreben des Autors, durch Verbesserungen sein Werk für den Praktiker noch brauchbarer zu gestalten, hervor. Vergrössert ist vor allem der therapeutische Theil, einzelne Capitel (z. B. über Teslaströme, ein Anhang über neuere Anwendungsformen der Elektrizität) sind ganz neu hinzugekommen, ebenso eine Reihe von Figuren. Man findet jetzt in dem Buche 39 Abbildungen und 6 Tafeln, welche den textlichen Theil aufs Beste ergänzen.
- Von Lorenz' **Prakt. Führer durch die gesammte Medicin** (Leipzig, B. Konegen), dessen 1. Lieferung wir freudig begrüßten und sehr günstig beurtheilten, sind jetzt die Lieferungen 2—4 erschienen. Sie halten, was die 1. Lieferung versprochen, und wir brauchen unser Urtheil nicht zu modificiren. Das Werk wird besonders dem Landarzte als Nachschlagebuch die erspriesslichsten Dienste leisten und auf seinem Studirtisch einen dauernden Platz erhalten.
- v. Ammon's **Sehprobetafeln zur Bestimmung der Sehschärfe für die Ferne**, 6 Tafeln nebst erläuternder Textbeilage (München, J. F. Lehmann), sind für die Zwecke der täglichen Praxis sehr zweckmässig und nützlich und kommen speciell den Bedürfnissen der ärztlichen Gutachterthätigkeit aufs Beste entgegen.
- Die **Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerve**, ein bei O. Coblentz (Berlin) erschienenenes Werk (Preis Mk. 6.—) Prof. A. Onodi's ist das Resultat langjähriger mühsamer Untersuchungen, die Autor im Auftrage der Ungar. Akademie der Wissenschaften angestellt hat. Nicht der Theoretiker allein wird mit grossem Interesse das Buch lesen, nicht nur dem Specialarzt bietet dasselbe eine Fülle bedeutsamer Details, sondern auch der prakt.

Arzt wird aus diesen Ausä setzungen, welchen pathologische Beiträge, klinische Beobachtungen eingeflochten sind, Nutzen ziehen und das klar und interessant geschriebene Buch gern zur Hand nehmen.

- Das **Lehrbuch der Ohrenheilkunde** von Jacobson ist in 3. *Auflage* erschienen (Verlag von G. Thieme, Leipzig), bei dessen Bearbeitung sich auch Dr. Blau betheiligt hat. Trotz des grossen äusseren Erfolges, den das schöne Werk erzielt hat, trotz der günstigen Aufnahme, die dasselbe auch bei der Kritik gefunden, haben die Autoren es doch für nothwendig erachtet, verschiedene Verbesserungen anzubringen. Dass Zusätze, Aenderungen und Ergänzungen überall da, wo die Fortschritte der Wissenschaft solche benöthigten, gemacht wurden, bedarf kaum der Erwähnung. Das Lehrbuch steht voll und ganz auf der Höhe der Zeit und wird nach wie vor Aerzten und Studirenden erspriessliche Dienste leisten, zumal die am Schluss des Buches auf 19 Tafeln deponirten 345 Abbildungen an und für sich schon einen hohen Werth repräsentiren: Der Verlag hat das Werk seiner Bedeutung entsprechend auch äusserlich sehr splendid ausgestattet und trotzdem den Preis recht niedrig normirt (Mk. 18.— eleg. gebd.), sodass die Anschaffung nur empfohlen werden kann. — Auch das in gleichem Verlage erscheinende Büchlein von Th. Becker, **Einführung in die Psychiatrie** musste jetzt bereits zum 3. Male neu aufgelegt werden, ein Zeichen dafür, dass der Verfasser die Ziele, die ihm bei Abfassung seiner Arbeit vorschwebten, richtig erfasst hat. Er wollte in knapper Form, mit besonderer Hervorhebung der differentialdiagnostischen Merkmale, ein Bild der häufigeren Formen und Erscheinungsweisen des Irreseins zeichnen, dem Studenten ein Vorbereitungs-mittel zum erfolgreichen Besuche der psychiatrischen Klinik bieten, ihm zum Verständniss des dort Vorge-tragenen verhelfen. Aber auch der prakt. Arzt und Physikatscandidat wird in dem Buche, namentlich in der jetzigen Auflage, deren Inhalt der Autor wesentlich erweitert hat, mit Nutzen studiren und sich daraus mannigfache Anregungen holen. Er versäume nicht, es seiner Bibliothek einzuverleiben. (Preis Mk. 3.—).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.









3 9015 05976 9565

Original from  
UNIVERSITY OF MICHIGAN

